

# 令和2年度診療報酬改定の概要 (DPC/PDPS)

厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

# DPC/PDPSの見直し(概要)

## ➤ 医療機関別係数

平成30年度診療報酬改定において暫定調整係数の置き換えが完了し、医療機関別係数は基礎係数、機能評価係数Ⅰ、Ⅱ及び激変緩和係数の4項目となった。令和2年度診療報酬改定においては、基礎係数、機能評価係数Ⅰは従来の考え方を踏襲し、診療報酬改定を踏まえた見直しを行う。機能評価係数Ⅱについては、評価の実態等を踏まえ項目を見直す。

1. **基礎係数(医療機関群)**: 現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続する。
2. **機能評価係数Ⅰ**: 従前の評価手法を継続する。
3. **機能評価係数Ⅱ**: 地域医療指数(体制評価指数)について、以下の見直しを行う。

### 現行

[地域医療指数の評価項目]

#### ◆ 治験等の実施

- ・10件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
- ・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



### 改定後

[地域医療指数の評価項目]

#### ◆ 治験等の実施

- ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上
- ・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

#### ◆ 新型インフルエンザ対策(新設)

- ・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当

4. **激変緩和係数**: 診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定(改定年度の1年間のみ)

## ➤ 診療実績等を踏まえた診断群分類点数表等の見直し

直近の診療実績データや医科点数表の改定を踏まえ、診断群分類点数表等を見直しを行う。

## ➤ DPC/PDPSの安定的な運用

急性期の医療の標準化という観点とDPC/PDPSになじまない可能性のある病院の診療内容を分析するため、医療資源投入量等の指標について検討するとともに、書面調査やヒアリング等を通じて診療内容の実態についての分析を引き続き行う。

# 医療機関別係数の対応

## 基礎係数(医療機関群)

- 現行の設定方法を維持し、医療機関群等を設定する。
- 実績要件について、大学病院本院群の最低値(外れ値を除く)より高い医療機関をDPC特定病院群とする。  
※ 診療密度は、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最も安価なものに置き換えて算出  
※ 外保連手術指数及び特定内科診療の内容は最新版を反映

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	1,519	1.0404
大学病院本院群	82	1.1327
DPC特定病院群	156	1.0708

## 機能評価係数 I

- 現行の評価手法を維持し、医科点数表の改定に応じて機能評価係数 I に反映する。
  - ・ 各項目の評価の見直しに伴う対応
  - ・ 新設の地域医療体制確保加算への対応

## 機能評価係数 II

- 現行の6つの係数(保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数)を維持し、平成30年10月1日から令和元年9月30日までの実績等を基に設定する。
- 地域医療係数の一部の項目について、評価項目の実態等を踏まえた要件を見直しや項目の新設を実施する。

## 激変緩和係数

- 現行の設定方法を維持し、診療報酬改定がある年度については改定に伴う変動に関して、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。

## 機能評価係数Ⅱの見直し

- 機能評価係数Ⅱは、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取組を評価したものであり、6つの係数(保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数)を基本的評価軸として評価している。
- 地域医療係数について、以下の見直しを行う。
  - [高度・先進的な医療の提供に関する評価項目](#)について、医療機関の実態を踏まえ要件を見直す。
  - [新型インフルエンザ対策](#)について、評価の対象となる医療機関が明確となったことを踏まえ、[評価項目を新設](#)する。

### 各係数の評価の考え方

名称	評価の考え方
保険診療係数	適切なDPCデータの作成、病院情報を公表する取組み、保険診療の質的改善に向けた取組み(検討中)を評価。
地域医療係数	地域医療への貢献を評価
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
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
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
救急医療係数	救急医療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

### 係数の設定方法

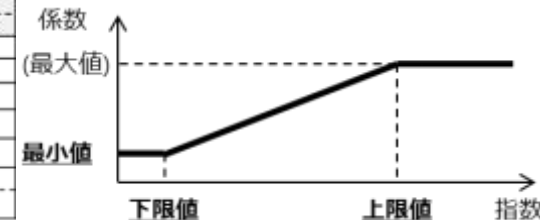
- ・ 相対評価を行うための指数値を設定し、上限下限値の処理等を行って係数値を設定。
- ・ 医療機関群ごとに係数設定するもの(保険診療、複雑性、カバー率、地域医療)と、全医療機関において係数設定するもの(効率性、救急医療)がある。

#### 上限値下限値の設定

	指数		係数 最小値
	上限値	下限値	
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)		
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0
カバー率	1.0	0	0
救急医療	97.5%tile値	0	0
地域医療(定量)	1.0	0	0
(体制)	1.0	0	0

項目ごとに上限値下限値を設定

#### 指数と係数の関係



上限値以上の全ての医療機関が係数は最大値となる。

## 機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価内容
<b>保険診療指数</b>	<p>【適切なDPCデータの作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「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。</li> <li>・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。</li> </ul> <p>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）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。（様式1で評価）</li> </ul> <p>【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。</p> <p>（【保険診療の質的改善に向けた取組み】：令和4年度からの評価を検討）</p>
<b>地域医療指数</b>	<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〕</p> <p>1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。</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対象病院に入院した患者を対象とする。</p>
<b>効率性指数</b>	<p>〔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〕</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>

## 機能評価係数Ⅱの評価内容②

指数	評価内容
<p><b>複雑性指数</b></p>	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、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〕</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>
<p><b>カバー率指数</b></p>	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕 ／ 〔全診断群分類数〕</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>
<p><b>救急医療指数</b></p>	<p><b>1症例あたり</b>〔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と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕</p> <p>※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2</p> <p>【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul> <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者</p>

## 機能評価係数Ⅱの評価内容③(地域医療係数)

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「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である患者数〕 (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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ t-PA療法の実施(0.25P)</li> <li>・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P)</li> <li>・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価 (1P)</li> </ul> (血管内治療の実施：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) ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	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(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術(K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612)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	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)		
へき地	「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)		



## 機能評価係数Ⅱの評価内容④(地域医療係数)

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ BCPの策定実績有無別（令和3年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P）</li> <li>・ DMATの指定（0.25P）</li> <li>・ EMISへの参加（0.25P）</li> </ul>		
周産期	<p>「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）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P）</li> <li>・ 「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P</li> </ul>	
救急	<p>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)</p>	<p>救命救急センター（0.5P）</p> <p>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）</p>	
	<p>上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）</p>	<p>上記体制を前提とし、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）</p>	
その他	<p>右記のいずれか1項目を満たした場合 1 P</p>	<p>①治験等の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P）</u></li> <li>・ 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。</li> </ul>	
	<p>②新型インフルエンザ対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P)</u></li> </ul>		



# 再入院時の加算の取扱いについて

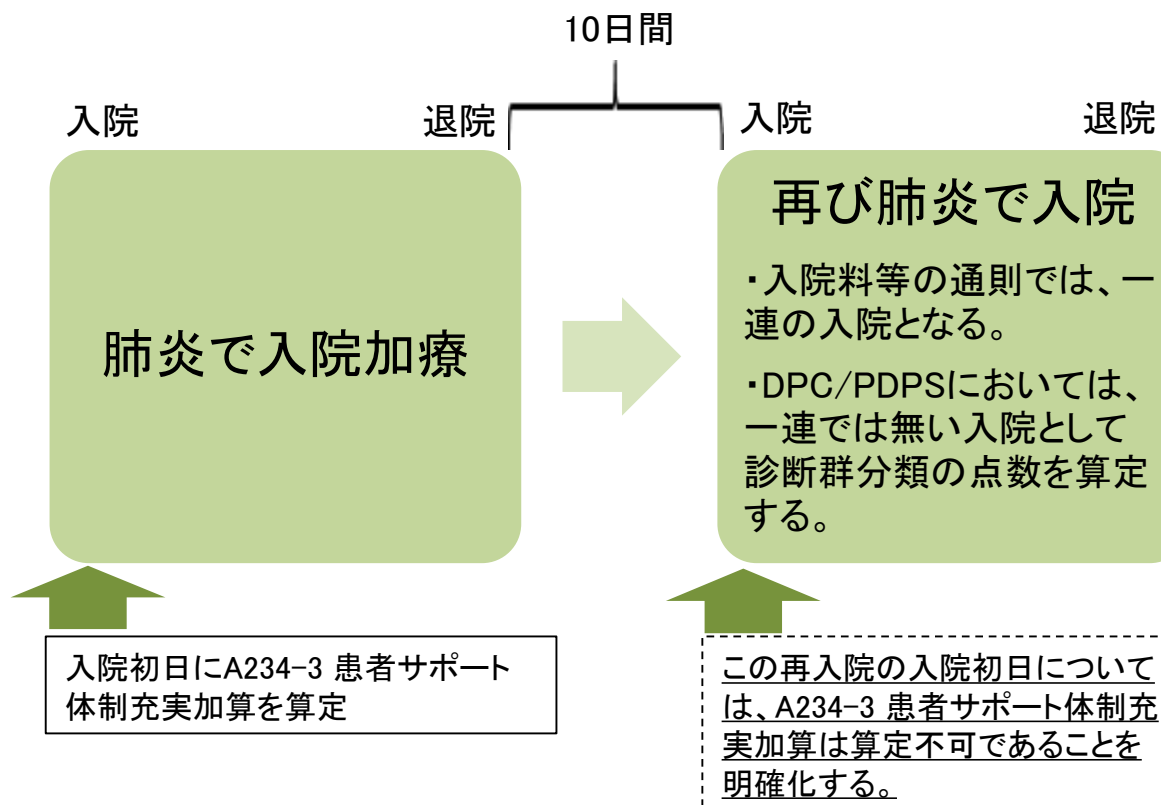
○ 入院期間が通算される再入院時は算定できず、入院中に一回のみ算定が可能とされている加算等の内、DPC/PDPSにおいて出来高で算定するものについて、入院期間が通算される再入院の場合は算定できないことを明確化する。

入院期間が通算される再入院時は算定できず、入院中に一回のみ算定が可能とされている加算等の内、DPC/PDPSにおいて出来高で算定するもの

区分番号	名称
A205 1,2	救急医療管理加算1,2
A205-2	超急性期脳卒中加算
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算
A206 1,2,3	在宅患者緊急入院診療科加算 1,2,3
A212 1,2	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 1,2
A231-3 1,2	重度アルコール依存症入院医療管理加算
A232 1イロ 2	がん拠点病院加算
A234-3	患者サポート体制充実加算
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算
A237	ハイリスク分娩管理加算
A246	入退院支援加算
A247-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算
B004,B005	退院時共同指導料1,2
B006-3	退院時リハビリテーション指導料
B014	退院時薬剤情報管理指導料
B015	精神科退院時共同指導料

(例)

入院料の通則では一連の入院となるが、DPC/PDPSにおける算定のルールにおいては一連とならないケースにおける加算等の取扱い



## DPCデータ(様式1)の見直し

- 診療報酬改定等に伴い、DPCデータの項目の見直しを行う。
- 様式1の項目について下記に詳細を記す。

様式1の項目名	見直し内容
要介護度	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養病棟入院基本料を届け出る病棟だけでなく、すべての病棟で入力必須とする。</li> </ul>
要介護情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養病棟入院基本料を届け出る病棟だけでなく、すべての病棟で入力必須とする。</li> <li>栄養の摂取方法についての項目を追加する。</li> </ul>
ADLスコア	<ul style="list-style-type: none"> <li>従来の入力に加え、地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に入棟及び退棟時にも入力必須とする。</li> </ul>
SOFAスコア/pSOFAスコア	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定集中治療室管理料1及び2に加え、3及び4についても入力必須とする。</li> </ul>
予定・救急医療入院	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療管理加算の見直しに伴い、項目を見直す。</li> </ul>
入棟時・退棟時の褥瘡の有無	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本診療料の施設基準等に係る様式「褥瘡対策に関する診療計画書」に合わせ、項目を見直す。</li> </ul>
関節リウマチ患者情報/分子標的薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>診断群分類点数表の見直しに伴い、項目を廃止する。</li> </ul>

## 診断群分類点数表の見直し

- 診断群分類の見直しを行い、診断群分類数等を以下の通り設定した。

	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	包括対象※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	
平成28年4月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年4月	18	505	4,955	4,296	2,462
令和2年4月	18	502	4,557	3,990	2,260

※1 MDC : Major Diagnostic Category 主要診断群

※2 包括対象となるDPC数

※3 CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。

## 令和2年3月31日以前から入院している患者の取扱い

➤ 令和2年3月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、令和2年4月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。

具体的な取扱いは以下の通り。

- 包括→包括の場合

- 4月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
- 3月までの間で診断群分類の変更があった場合は、3月31日に差額調整を行う。
- 4月以降に診断群分類の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。

- 包括→出来高の場合

- 4月分の請求は出来高で行う。
- 3月までの間で診断群分類の変更があった場合は、3月31日に差額調整を行う。
- 4月以降に出来高→包括の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。

- 出来高→包括の場合

- 4月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
- 4月以降に診断群分類の変更がある場合は、4月1日以降の請求額の差額調整を行う。

## DPC/PDPSの安定的な運用に係る今後の課題

- 急性期の医療の標準化を進める観点や、粗診粗療の可能性のある病院があるという指摘等を踏まえ、平均から外れて医療資源投入量が少ない場合や、在院日数が長い場合等の診療実態について分析・検討を行った。
- DPC/PDPSの安定的な運用のため、病院ごとの診療実態を把握するとともに、医療資源投入量などの指標とその活用方法について引き続き検討する。

### <分析・検討の概要>

#### 急性期の医療の標準化に向けた検討

- 病院別の医療資源投入量や在院日数は、一定の幅は存在するものの平均に収れんすることが望ましいが、DPC対象病院の診療実態を分析したところ、ばらつきが見られた。
- また、転棟した症例や比較的医療資源投入量の少なくて済む症例の割合と、医療資源投入量との関係が認められた。

#### 粗診粗療の可能性のある病院の検討

- DPC対象病院の診療実態について分析する中で、必要な医療が十分に提供されていない、また、急性期医療が適切な病棟で実施されていない病院の存在が指摘された。

### <対応や今後の方向性>

#### 各病院における自身の診療状況の把握

- 次の指標について、DPC対象病院全体の分布における位置を各病院に連絡し、その後の当該指標の変化について分析する。
  - ・医療資源投入量
  - ・在院日数
  - ・転棟した症例の占める割合
  - ・「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の占める割合

#### 診療実態の状況や具体的原因の調査

- 医療資源投入量が少なく、「手術なし」かつ「手術・処置等1なし」の症例が占める割合が高い病院や、在院日数が短く、自院他病棟への転倒割合が高い病院について、書面調査や個別のヒアリングを行う。
- 医療資源投入量が多い又は在院日数が長い病院についても引き続き評価・分析を行う。