

平成 26 年改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS）の対応について 検討結果（案）

平成 25 年●月●日

診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会

分科会長 小山 信彌

I. 概要

平成 26 年改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS）の対応については、平成 25 年 10 月 16 日の中医協総会において了承された検討事項とスケジュールに基づき、以降、中医協総会での中間的な検討（平成 25 年 12 月 13 日）を踏まえながら、DPC 評価分科会（平成 25 年 10 月 30 日、同年 11 月 13 日、同年 11 月 27 日、同年 12 月 9 日、同年 12 月 18 日の計 5 回）において引き続き検討を行った。

今回、以下について検討結果を取りまとめ、中医協総会に報告する。

1. 基礎係数（医療機関群に関連する事項）の見直し
2. 機能評価係数Ⅰ・Ⅱの具体化（見直しや追加を含む）
3. 算定ルール等の見直し
4. 退院患者調査の見直し
5. その他

II. 検討結果の概要

1. 基礎係数（医療機関群に関連する事項）の見直し

- Ⅱ群の要件のうち【実績要件 3】の算出においては、現時点で最新の外保連試案（第 8.2 版）を活用することとする。

（考え方）

- Ⅱ群の要件【実績要件 1：診療密度】について、当該要件をクリアするために後発医薬品から先発医薬品に置き換えるインセンティブがあるのではないかという指摘があったが、機能評価係数Ⅱにおいて後発医薬品の使用割合を評価する指数を導入することになれば後発医薬品を使用する一定のインセンティブが期待されることから、【実績要件 1：診療密度】は引き続き現行の評価方法を継続することとし、次回改定以降、後発医薬品の使用割合の動向等を検証しつつ必要に応じて算出方法の見直し等の対応を検討することが妥当である。
- Ⅱ群の要件【実績要件 3：高度な医療技術の実施】については、最新の医療技術評価を反映させる観点から、現時点で最新の外保連試案（第 8.2 版）を活用することが妥当である。

- 医療機関群のあり方については、今後の各医療機関の診療実態や医療提供体制のあり方に関する全体の議論を踏まえつつ、次回改定（平成 26 年度）以降も引き続き検討していくこととしてはどうか。

（考え方）

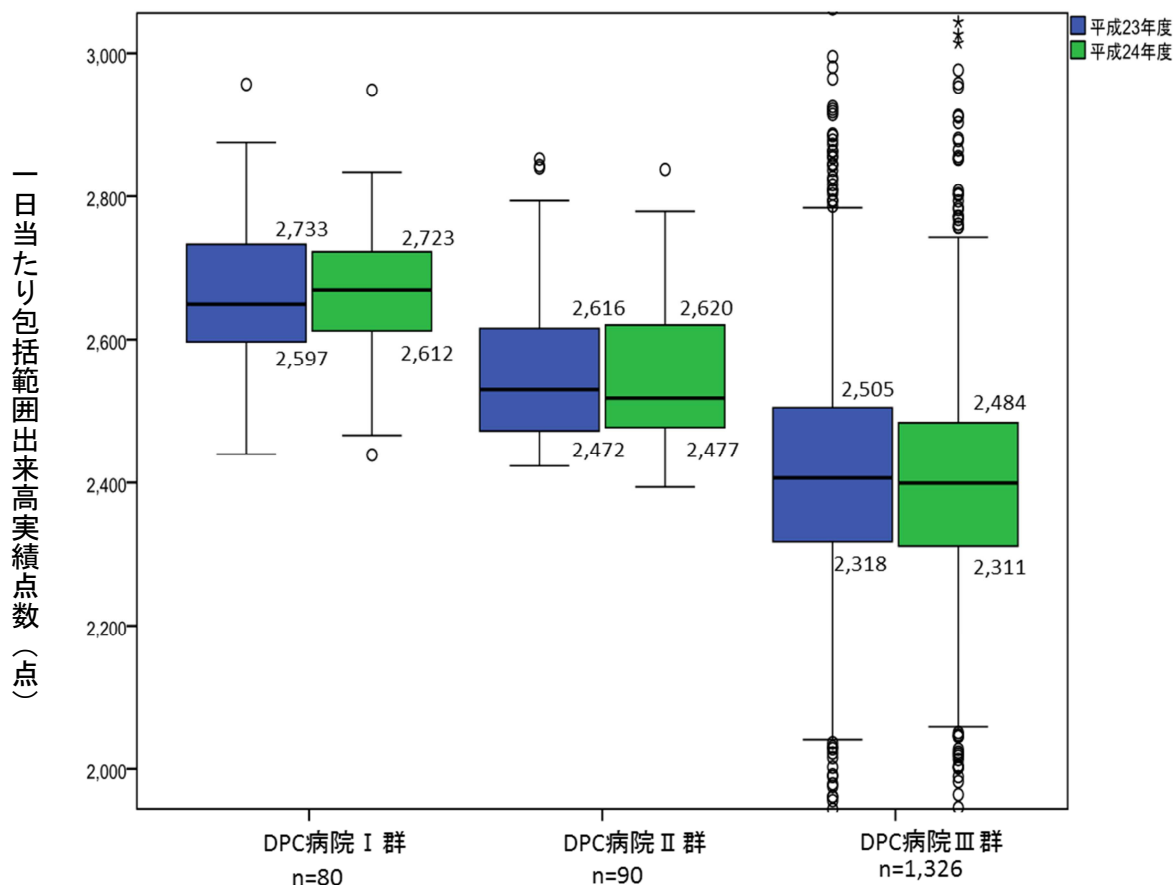
- 平成 24 年度診療報酬改定において、調整係数の廃止に向けて基礎係数が導入され、基礎係数は医療機関群に分けて設定することとされた。
- 中長期的には、同一基礎係数の対象医療機関について、一定の診療機能や診療密度に収斂していくことが期待される。

（参考：平成 23 年 11 月 18 日 中医協 総－2－2 より）

同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになる。

- 医療機関群別に診療密度の平成 23 年度から平成 24 年度にかけての経年変化について集計を行ったところ、Ⅰ群においては一定の収束傾向が認められているが、Ⅱ群・Ⅲ群においては明らかな収束傾向は認めていない。

【一日当たり包括範囲出来高実績点数（患者数補正後・医療機関群別）】



＜Ⅱ群の実績要件（平成26年度）＞（太字は平成26年改定の修正内容）

- 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（大学病院本院に準じる病院）とする。

【実績要件1】：診療密度

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）]

- 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。

【実績要件2】：医師研修の実施

医師研修の実施 = [届出病床1床あたりの臨床研修医師の採用数（基幹型臨床研修病院における免許取得後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、地方厚生（支）局へ届け出ている病床数（「医療保険」総数（届出病床総数））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取り扱う。

【実績要件3】：高度な医療技術の実施

高度な医療技術の実施 = [次の3つ（3a～3c）がそれぞれ一定の基準を満たす]

- (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

「(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8.2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集計対象とする。

（※）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する。

（以下続く）

(続き)

- 外保連手術指数は、外保連試案（第 8.2 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 2、手術時間数 3 の手術は $7.43 \times 3 = 22.29$

外科医師数	1	2	3	4	5	6	7
B	1.00	1.27	1.54	1.81			
C	2.25	3.25	3.52	3.79	4.06		
D	3.76	6.01	7.01	7.28	7.55	7.82	
E	5.64	9.41	11.66	12.66	12.93	13.20	13.46

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。

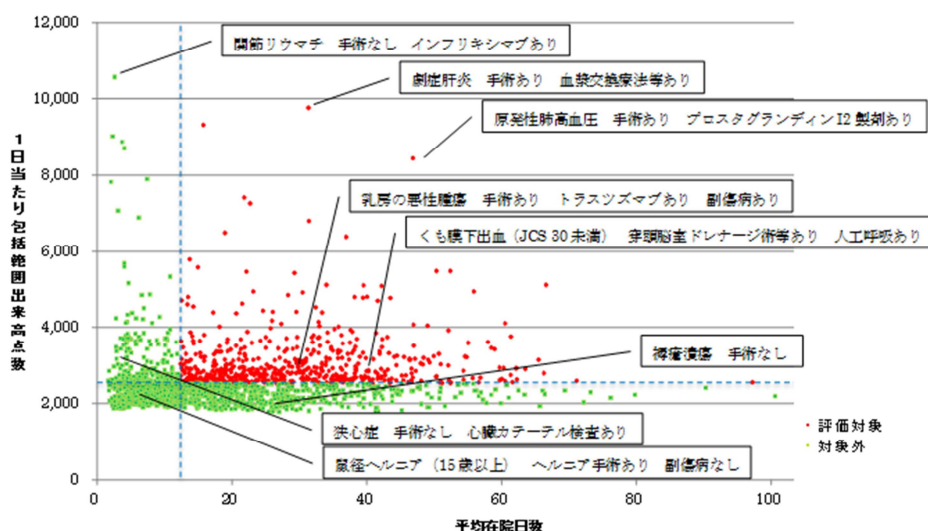
- 外保連試案と結びつけられなかった K コード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- 1 つの K コードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を 1 つに絞り混んで対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。

【実績要件 4】：重症患者に対する診療の実施

重症患者に対する診療の実施＝〔複雑性指数（重症 DPC 補正後）〕

- 全 DPC 参加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。

重症補正対象DPC



※ 平成 24 年 8 月 24 日、平成 25 年 10 月 16 日、平成 25 年 12 月 13 日の中医協総会における決定事項を反映している。

2. 機能評価係数Ⅰ・Ⅱについて

2-1. 機能評価係数Ⅰ

- 機能評価係数Ⅰについては、現行の評価方法を継続することとしてはどうか。
(改定全体の方針を踏まえた対応については、今後中医協総会において議論する)

(現行評価の考え方)

- 機能評価係数Ⅰは、医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等、医療機関単位での構造的因子(Structure)を係数として評価している。
- 具体的には、出来高評価体系において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係数として設定したものであり、対象となる出来高報酬項目は以下の通り。
 - ① 入院基本料の補正值
「10 対 1 一般病棟入院基本料」を基準として、看護配置や病院類型が異なる入院基本料の差額について、機能評価係数Ⅰの加算・減算により対応。
 - ② 入院患者全員に算定できる入院基本料等加算
 - ・ 総合入院体制加算
 - ・ 地域医療支援病院入院診療加算
 - ・ 臨床研修病院入院診療加算
 - ・ 診療録管理体制加算
 - ・ 医師事務作業補助体制加算
 - ・ 急性期看護補助体制加算
 - ・ 看護補助加算
 - ・ 医療安全対策加算、感染防止対策加算
 - ・ 地域加算
 - ・ 離島加算
 - ・ 病棟薬剤業務実施加算
 - ・ データ提出加算
 - ③ その他（医療機関毎の機能の違いを評価）
 - ・ 検体検査管理加算（該当する施設では検査を実施する患者全員に算定）

<現行の機能評価係数 I 一覧>

	診療料	特定機能 病院	専門 病院	一般 病院	出来高の点数
入院 基本料	入院基本料(7 対 1)	0.1707	0.1182	0.1006	1,566 点/日
	入院基本料(7 対 1 特別)			▲ 0.0689	1,244 点/日
	入院基本料(10 対 1)	0.0701	0.0175		1,311 点/日
	入院基本料(10 対 1 特別)			▲ 0.1494	1,040 点/日
入院 基本料等 加算	総合入院体制加算			0.0291	120 点/日(14 日まで)
	地域医療支援病院入院診療加算			0.0277	1,000 点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(基幹型)	0.0012			40 点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(協力型)	0.0006			20 点(入院初日)
	診療録管理体制加算	0.0008			30 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(15 対 1)		0.0253		810 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(20 対 1)		0.0190		610 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(25 対 1)		0.0153		490 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(50 対 1)		0.0080		255 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(75 対 1)		0.0056		180 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(100 対 1)		0.0043		138 点(入院初日)
	急性期看護補助体制加算 1	0.0387			160 点/日(14 日まで)
	急性期看護補助体制加算 2	0.0339			140 点/日(14 日まで)
	看護補助加算 1		0.0404		109 点/日
	看護補助加算 2		0.0311		84 点/日
	看護補助加算 3		0.0207		56 点/日
	医療安全対策加算 1	0.0027			85 点(入院初日)
	医療安全対策加算 2	0.0011			35 点(入院初日)
	感染防止対策加算 1	0.0125			400 点(入院初日)
	感染防止対策加算 2	0.0031			100 点(入院初日)
検 査	検体検査管理加算(Ⅰ)	0.0010			40 点/月
	検体検査管理加算(Ⅱ)	0.0024			100 点/月
	検体検査管理加算(Ⅲ)	0.0071			300 点/月
	検体検査管理加算(Ⅳ)	0.0119			500 点/月
経 過 措 置	入院基本料(13 対 1)		▲ 0.0645	▲ 0.0821	-
	入院基本料(15 対 1)			▲ 0.1444	-
	上記に該当しないもの			▲ 0.3329	-

2-2. 機能評価係数Ⅱ

(1) 見直しの概要

- 現行6項目によって評価されている機能評価係数Ⅱについては、下記のとおり見直すこととする。

現行		平成 26 年改定
① データ提出指数	→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	現行通り	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	→見直し	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	→見直し	⑥ 地域医療指数
	新設	⑦ 後発医薬品指数

(2) 見直しの内容（案）

① データ提出指数

見直しの概要

- ・ 名称・指数の考え方の見直しについて
- ・ 部位不明・詳細不明コードの使用割合について
- ・ DPC データの質を評価する新たな評価方法について
- ・ 適切な傷病名を用いたレセプトによる請求
- ・ 適切な保険診療の普及のため取組の評価

【名称・指数の考え方の見直しについて】

- 名称は「データ提出指数」から「保険診療指数」に変更することとし、DPC 対象病院における質が遵守された DPC データの提出を含めた適切な保険診療実施・普及のための取組を評価することとする。

（考え方）

- 適切な DPC データを提出できる医療機関が大半を占めるようになってきたこと、また適切な DPC データの提出は DPC 制度への参加要件となっており、適切な保険診療の一部であることを踏まえ、データ提出指数は適切な DPC 調査への参加データの提出も含めた、適切な保険診療の実施や推進を評価する指数に概念を拡大する。

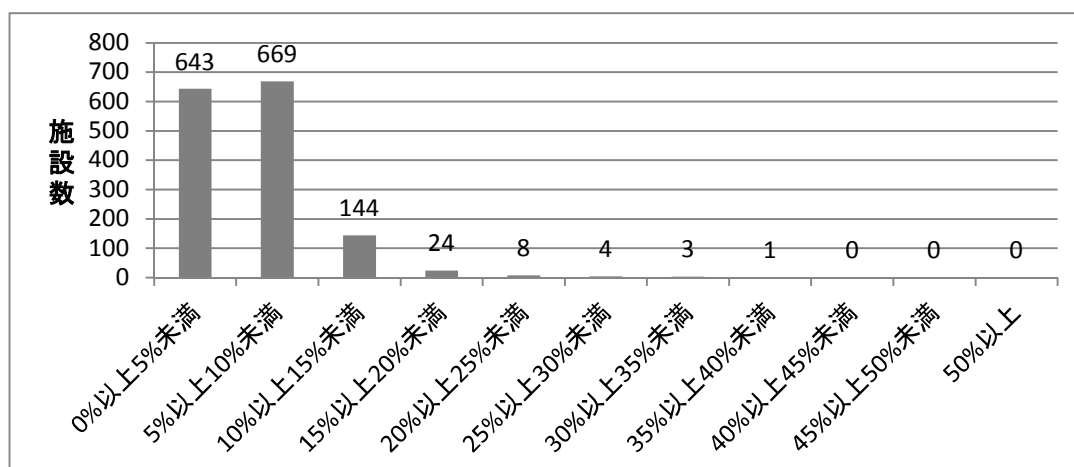
【部位不明・詳細不明コードの使用割合について】

- 現行の通り、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が「20%」以上の場合減算する評価方法を継続する。

(考え方)

- 平成 24 年度特別調査の結果、当該評価方法によって改善へのインセンティブを認めていることから、当該評価を継続することが妥当であり、減算幅については現行の評価方法のままで良いと考えられる。
- 「部位不明・詳細不明のコード」は、標準病名マスターが対応していないことが原因で一定程度発生してしまう可能性があり、現時点では医療機関の努力のみで解決が難しい点もあることから、現在の「20%以上」という基準をより厳しく設定するのは妥当ではない。
- 「部位不明・詳細不明のコード」の使用をさらに減らしていくためには、標準病名マスターの整備が必要であり、今後対応を検討する必要がある。

(参考：部位不明・詳細不明コードの使用割合による医療機関ヒストグラム)



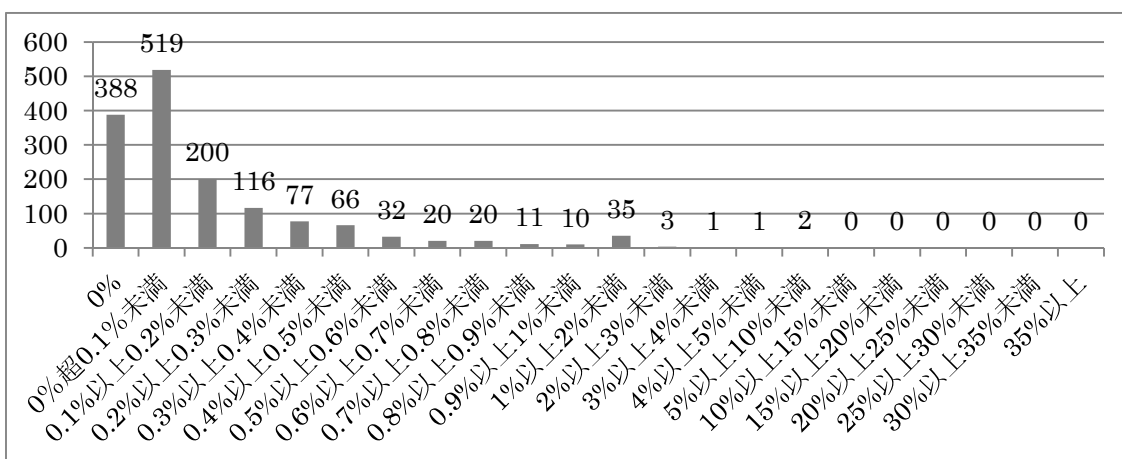
【DPC データの質を評価する新たな評価方法について】

- DPC データの質に関して、「様式間の記載矛盾」があるデータの割合が「1%」以上ある場合、当該医療機関の指数を一定程度減じる評価方法を導入することとする。

(考え方)

- 様式間の記載矛盾があるデータは、分析対象として取り扱うことが難しく、DPC データの質としては低いと考えられることから、提出されたデータのうちそのようなデータが1%以上ある場合は減点する評価方法を導入することが妥当であると考えられる。

(参考：様式間の記載矛盾が認められるデータの割合のヒストグラム)



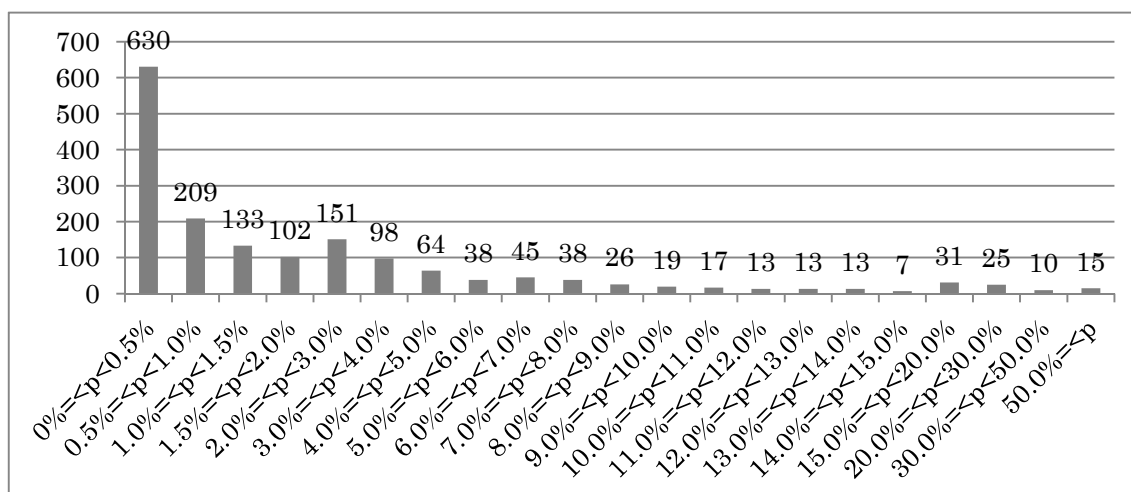
【適切な傷病名を用いたレセプトによる請求】

- 未コード化傷病名の割合が「20%以上」である場合、当該医療機関の指数を一定程度減じる評価方法を導入することとする。
- 未コード化傷病名の使用割合は、DPC データでは算出することができないことから、国が保有するレセプト情報が保存されている「ナショナル・データベース（NDB）」を活用することとする。

(考え方)

- 「規制改革推進のための3カ年計画（平成21年3月31日閣議決定）」に基づき、厚生労働省は原則として傷病名コードに記載された傷病名を用いたレセプトにより請求をするよう周知しているが、傷病名コードに記載されていない傷病名（いわゆる「未コード化傷病名」）の使用率は、全体としては減少傾向であるものの、依然として非常に高い医療機関がある。
- ICD-10 コードの「部位不明・詳細不明コード」の使用割合の基準をクリアするために、あえて未コード化傷病名を用いて病名を入力する事例が存在することも指摘されていることから、適切な ICD コーディングを推進する上でも、未コード化傷病名の使用割合による評価方法を導入することが妥当である。
- DPC データにはレセプト電算の傷病名コードは含まれておらず、未コード化傷病名の使用割合を把握することはできないため、国が保有するレセプト情報が保存されている「ナショナル・データベース（NDB）」を活用する必要がある。

(参考: 全国の DPC 対象病院 + 準備病院の未コード化傷病名率のヒストグラム)



【適切な保険診療の普及のため取組の評価】

- I 群病院（大学病院本院）において、規定の手順により指導医療官を一定期間派遣した（出向させた）場合、指数を一定程度加算する評価方法を導入することとする。

※ 厚生労働省指導医療官について

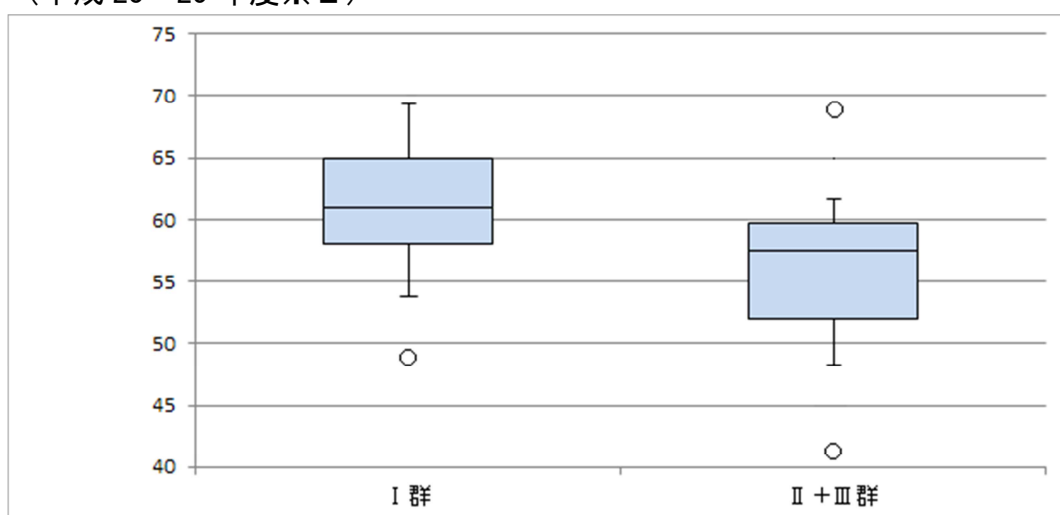
厚生労働省職員として、保険診療に関する指導（保険者、審査支払機関、保険医療機関等に対する診療報酬の疑義解釈、点数表解釈等に関する指導や助言）、指導監査業務を行う。

（考え方）

- 医療保険制度を熟知した医師を養成し適切な保険診療に関する教育の普及を図る必要があるが、日常的な診療を行うのみでは一定の限界があると考えられることから、一定期間保険行政にたずさわることが望ましいと考えられる。
- 過去 3 年間の特定共同指導・共同指導における主な指摘の件数群別に比較した結果、I 群病院（大学病院本院）は研修医数が多く教育的機能が期待されているにもかかわらず指摘事項が比較的多いことから、特に I 群病院（大学病院本院）において適切な保険診療の実現が必要であると考えられる。
- I 群病院のうち、保険指導医を派遣している医療機関は DPC データの質が高い傾向が認められており、保険行政に協力することは保険診療の質を高める上で有効であることが示唆されている。
- DPC 評価分科会においては、病院の中には自分が保険医であることを知らな

い医師もおり適切な保険診療を普及するための取組を評価すべきであるという意見、実行性のある形で評価するには派遣された後に当該病院で研修に携わることを義務づける必要であるという意見、適切な保険診療の普及のためには研修制度などの直接的な取組を評価するべきではないかという意見があった。

(特定共同指導・共同指導における平均指摘事項数の分布・医療機関群別※1)
(平成23～25年度※2)



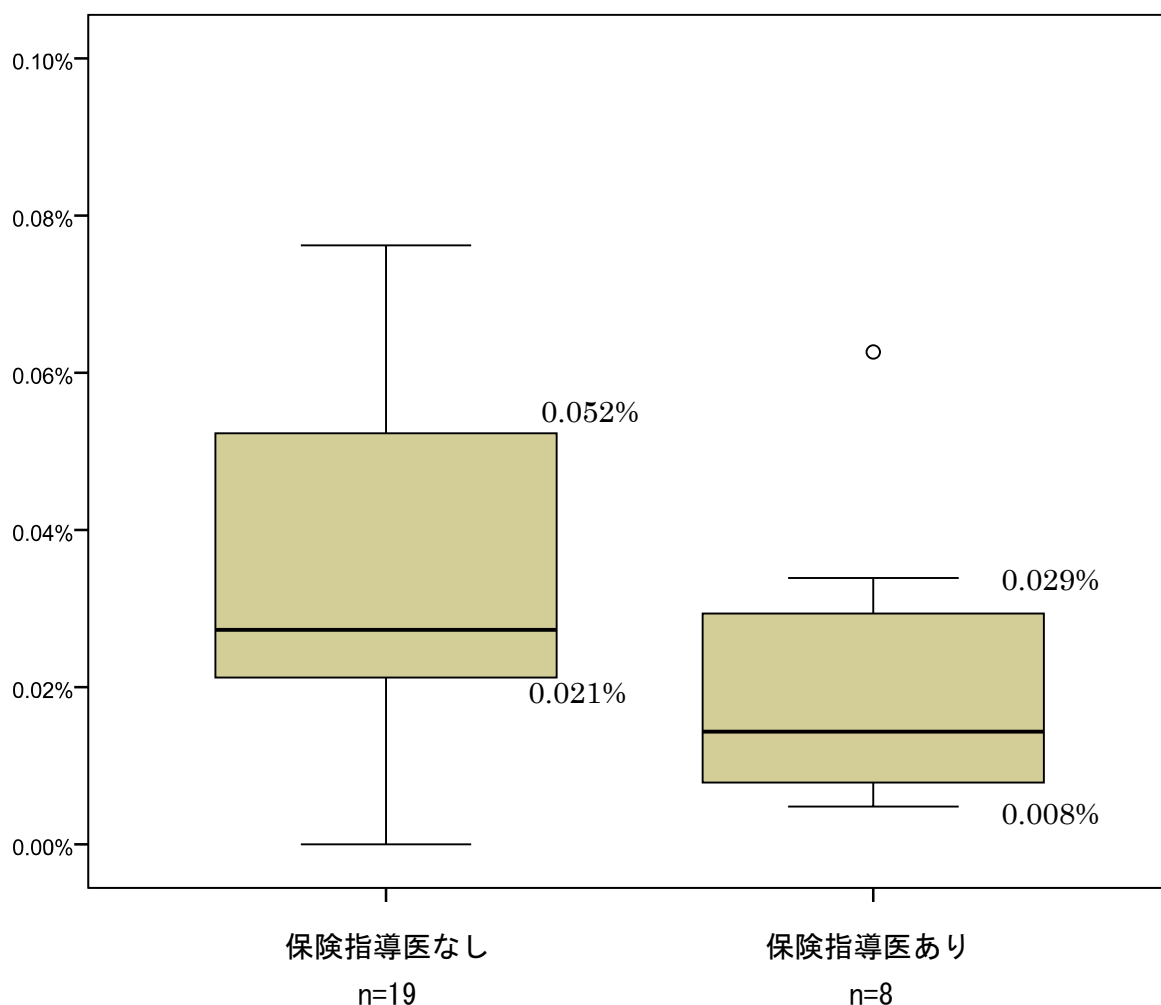
※1 I 群 II + III 群共に n=14

※2 25 年度は指導が終了し指摘内容確定したもののみ含む。

※3 ベッド数と医師数の平均値・医療機関群別

	I 群	II 群 + III 群
平均ベッド数	804	590
平均常勤医師数	417	157
非常勤	202	35
研修医	66	26

(保険指導医有無別様式間の矛盾割合比較 (DPC病院 I 群))



(※ 関東信越厚生局管内の DPC 病院 I 群で集計)

(※ 保険指導医は「非常勤」で採用される職員である)

(3) その他の検討結果について

【副傷病名の適切な記載について】

(考え方)

- 副傷病名については、より精緻な DPC 点数表の設計に向けて、質の高い傷病名（医療資源投入量や在院日数に影響を与える傷病名）の記入が求められるため、機能評価係数による評価の導入について検討を行ったが、質を担保する適切な指標がない限り質の低い傷病名の記入が増えるだけの結果となってしまう可能性があることから、次回改定での機能評価係数による評価は見送ることとし、まずは医療機関に副傷病名の適切な記載を周知していくことが妥当であると考えられる。
- 様式 1 において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り、記載可能な傷病名の個数を増やすことについても検討する必要があると考えられる。

⑤ 救急医療指数

- ヒアリング調査の結果を踏まえ、救急医療指数の評価の対象となるような重症症例をより公平に評価するため、レセプト審査との整合性を高めることを目的とし、評価対象患者の選定において、現行の「様式 1 の救急医療入院の有無」に加え、「重症な患者が算定すると考えられる入院料（A205 救急医療管理加算、A300 救命救急入院料等）を入院初日から算定していること」を追加する。

（考え方）

- 救急医療指数は、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する指数であるが、平成 25 年度特別調査（ヒアリング調査）において、予定外入院の患者の重症度の判断は医療機関によって大きなばらつきがあると考えられたことから、当該指数の評価対象となる患者の選定に係る公平性を高める観点から、現行の様式 1 の「救急医療入院」ありに加えて、重症な患者が算定すると考えられる入院料を入院初日から算定している患者に対象を限定して評価する。

⑥ 地域医療指数

見直しの概要

- ・ 体制評価指数の新規評価項目「急性心筋梗塞の 24 時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」について
- ・ 「⑧がん拠点病院」における小児がん拠点病院の追加
- ・ 「⑧がん拠点病院」における地域がん診療病院、特定領域がん診療病院（平成 27 年度からの導入を検討）
- ・ 「⑤災害時における医療」新型インフルエンザ等対策にかかる指定地方公共機関の指定（平成 27 年度からの導入を検討）
- ・ 評価上限ポイントの群別設定

【体制評価指数の新規評価項目「急性心筋梗塞の 24 時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」について】

- 都道府県へアンケート結果等に基づき、現行の 10 項目による評価方法に加え、「急性心筋梗塞の 24 時間診療体制」と、「精神科身体合併症の受入体制」の評価項目を追加し、計 12 項目で評価することとする。

(考え方)

- 体制評価指数については、現行の評価対象（4 疾病・5 事業）に「精神疾患」「在宅医療」を加えた「5 疾病・5 事業＋在宅医療」を評価対象として、入院医療において客観的な評価が可能な評価方法の導入について検討した。
- 「疾病・事業および在宅医療に係る医療体制について（医政局指導課）」において、急性心筋梗塞を 24 時間専門的な診療を行う体制を構築することとされていることから、時間外で急性心筋梗塞の治療を行った実績が一定以上ある医療機関を評価することとする。
- 「精神科救急医療体制に関する検討会報告書」において、精神科を有する救急対応可能な総合病院は、複数の疾患を合併し同時に複数の専門医療の提供が必要な精神疾患の患者等の受け入れが期待されていること、また平成 24 年度退院患者調査の結果報告において精神病床を併設する病院と併設しない病院を比較した場合、併設あり病院の方が当該病院の一般病床における精神疾患を有する患者の受け入れが活発である傾向が示されていることから、「A230-3 精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価する。

(参考：平成 24 年度退院患者調査の結果報告より)

※ 一般病床に入院する精神合併症ありの患者数を集計。

(一般病床の入院患者)	施設数	1 病院当たりの精神合併症あり症例数	1 病院当たりの精神合併症あり、救急車搬送あり症例数
精神病床併設なし	1,560	202.3	55.6
精神病床併設あり	214	505.7	111.0
		($p<0.05$)	($p<0.05$)

【「⑧がん拠点病院」における小児がん拠点病院の追加】

【「⑧がん拠点病院」における地域がん診療病院、特定領域がん診療病院（平成 27 年度からの導入を検討）】

- 現行の 10 項目については、「小児がん拠点病院」の評価の追加の見直しを行う。
- 平成 26 年度以降に「地域がん診療病院」および「特定領域がん診療病院」の指定が予定されており、平成 27 年度以降は評価対象を当該指定病院に変更することを今後検討することとする。

(考え方)

- 「小児がん拠点病院」は、平成 25 年 2 月に指定されたことから新たに評価対象とすることとする。また現行の評価方法においては、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院を評価対象（Ⅲ群に限る）としているが、平成 26 年度以降に「地域がん診療病院」および「特定領域がん診療病院」の指定が予定されており、平成 27 年度以降は評価対象を当該指定病院に変更することを今後検討することとしてはどうか。

【「⑤災害時における医療」新型インフルエンザ等対策にかかる指定地方公共機関の指定（平成 27 年度からの導入を検討）】

- 体制評価指数の「⑤災害時における医療」において、災害拠点病院に加え、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき都道府県から指定地方公共機関に指定された医療機関を評価することとする（平成 27 年度からの導入について平成 26 年度以降に検討）。

(考え方)

- 災害対策基本法に基づく災害対策と同様に、新型インフルエンザ等対策特別措置法においては、都道府県は指定地方公共機関（医療機関を含む）の指定等により新型インフルエンザ等の発生時に必要な医療を提供する体制を整備することとされていることから、現行の災害拠点病院に加え、新型インフルエンザ等の対応のために都道府県から指定地方公共機関として指定された医療機関についても評価対象とする。

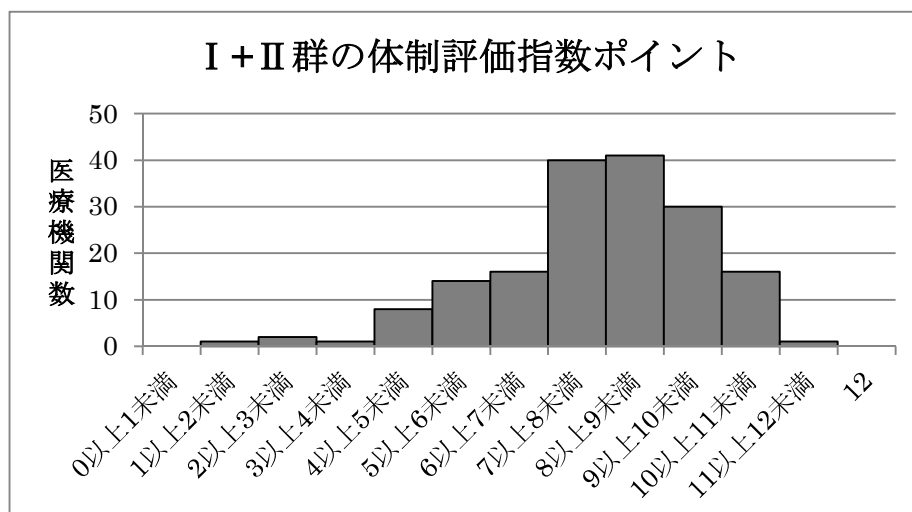
【評価上限ポイントの群別設定】

- 体制評価指数の評価上限ポイント（現行は 10 項目中 7 ポイント）は、医療機関群別に設定する。
（例：Ⅰ群・Ⅱ群は 12 項目中 10 ポイント、Ⅲ群は 12 項目中 8 ポイントとする）

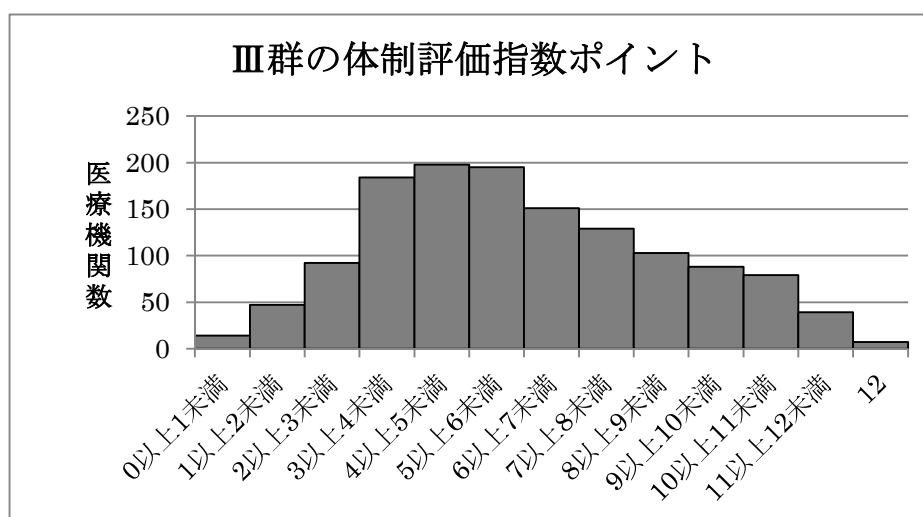
(考え方)

- 体制評価指数については、各 DPC 病院が「5 疾病・5 事業」全てに係る体制を構築する必要はないと考えられることから、ポイントの評価上限を設定することが妥当であると考えられるが、地域において中核的な役割を果たすと考えられるⅠ群・Ⅱ群病院については、Ⅲ群より高い評価上限を設定することが妥当であると考えられる。

(平成 25 年度の体制評価指数ポイントシミュレーション(上限 12 ポイント))



	I + II 群
75%tile 値	9.00
90%tile 値	10.00



	Ⅲ 群
75%tile 値	7.75
90%tile 値	9.46

<⑥地域医療指数 見直しのイメージ>

現行		平成 26 年改定	
体制評価指数	・ 計 10 項目 ・ 一部実績を加味 ・ 評価上限値を設定	体制評価指数	・ <u>計 12 項目</u> ・ 一部実績を加味 ・ <u>群別に</u>評価上限値を設定
定量評価指数	1) 小児 2) 上記以外	定量評価指数	1) 小児 2) 上記以外

<地域医療指数・体制評価指数の見直しイメージ（項目の位置づけ）>

【考え方】5 疾病・5 事業＋在宅医療に係る関連事業のうち、特に入院医療において評価すべき項目であって、現時点で客観的に評価できるものに限って導入。

		医療連携体制	医療提供体制	対策事業等
● 5 疾 病	がん	②がん地域連携	⑧がん拠点病院	③地域がん登録
	脳卒中	①脳卒中地域連携	⑨24 時間 t-PA 体制	—
	急性心筋梗塞	—	⑪24 時間診療体制	—
	糖尿病	—	—	—
	<u>精神疾患</u>		<u>⑫精神身体合併症 の受入体制</u>	
● 5 事 業	救急医療	—	④救急医療	—
	災害時における医療	—	⑤災害時における 医療 (＋災害拠点病院)	⑩EMIS (広域災 害・救急医療情 報システム)
	へき地の医療	—	⑥へき地の医療	—
	周産期医療	—	⑦周産期医療	—
	小児医療	—	—	—
	<u>在宅医療</u>			

赤字（下線）：新規項目

黄色：実績評価の要素を加味する項目

⑦ 後発医薬品指数

- 後発医薬品の使用割合による評価方法を、7 項目の新たな指数として導入する。
- 評価対象となる薬剤の範囲は、ヒアリング調査等に基づき、当該医療機関の入院医療で使用される全薬剤（包括部分＋出来高部分（※））とする。
（※出来高部分：DPC 包括対象外となる退院時処方、手術中に使用される薬剤等。）

（考え方）

- 後発医薬品の使用割合による評価方法については、当初は「効率性指数」に含める形で提案されたが、効率性指数は平均在院日数を評価する重要な指数であり、また後発医薬品を使用することは「効率性」という概念とは違うのではないかという指摘があったこと等に基づき、別建ての指数として評価することが妥当であると考えられる。
- DPC 包括部分の後発医薬品の使用割合を係数で評価するのは二重評価ではないかという指摘があり、出来高部分に評価対象を限定するという提案があったが、包括部分・出来高部分に限らず国全体として後発医薬品の使用割合 60% を目指すというロードマップが示されていること、また、ヒアリング調査の結果、後発医薬品の使用割合が高い病院では包括になるのか別途出来高算定可能なのかということを特に意識せずに切り替えていることが判明したことから、包括部分・出来高部分を合わせた入院医療で使用される全薬剤を対象とすることが適切であると考えられる。

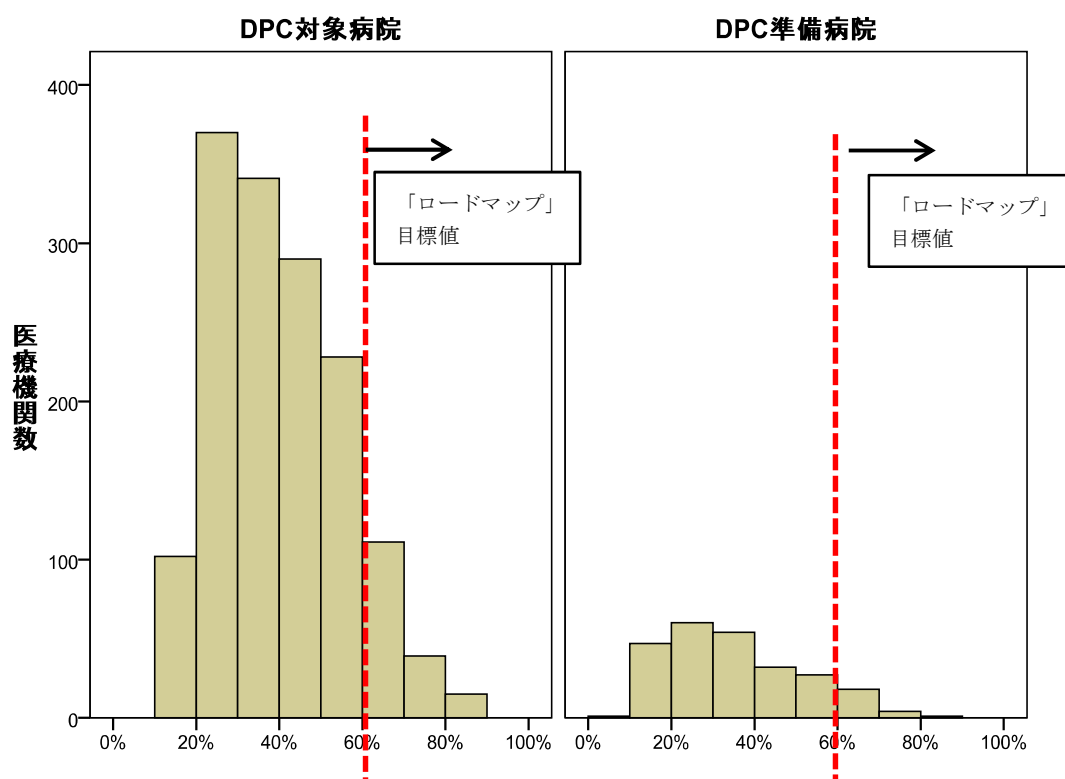
追加の検討結果を反映

【参考：後発医薬品使用割合（新指標）に関する基礎集計】

	包括部分後発医薬品使用割合	出来高部分後発医薬品使用割合	全体
DPC 対象病院	40.7%	30.1%	37.2%
DPC 準備病院	34.2%	28.3%	32.5%
全体	40.3%	30.0%	36.9%

【包括部分と出来高部分の薬剤の数量比】

	包括部分数量割合	出来高部分数量割合	全体
DPC 対象病院	73.4%	26.6%	100.0%
DPC 準備病院	73.8%	26.2%	100.0%
全体	73.4%	26.6%	100.0%



<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成26年度）>（赤字は平成26年改定の修正内容）

評価対象データは※平成24年10月1日～平成25年9月30日（12ヶ月間）のデータ

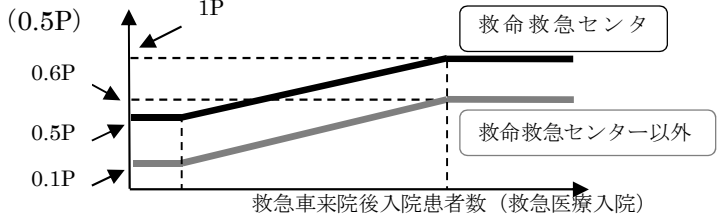
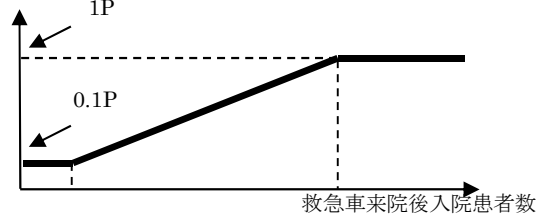
＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
1) <u>保険診療指数</u>	<u>DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価</u>	原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ<u>加算又は減算</u>する。 ① <u>適切なDPCデータの提出（「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価）</u> 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減じる。 ② <u>適切なDPCデータの提出（様式間の記載矛盾による評価）</u> <u>当該医療機関において、以下のいずれかに該当するDPCデータの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を●●点減算する。</u> <u>i 様式1の親様式・子様式</u> <u>データ属性等（郵便番号、性別、生年月日）の矛盾</u> <u>ii 様式1とEFファイル</u> <u>様式1上の入院日数とEFファイルに出現する入院料の回数の矛盾</u> <u>iii 様式4とEFファイル</u> <u>様式4の医科保険情報とEFファイルに出現する先進医療等の矛盾</u> <u>iv DファイルとEFファイル</u> <u>記入されている入院料等の矛盾</u> ③ <u>適切な傷病名コードによるレセプトの請求</u> <u>当該医療機関における入院医療分のレセプトに記載されている傷病名数のうち、未コード化傷病名である傷病名の割合が「20%以上」の場合、当該評価を●●点減算する。</u> ④ <u>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）</u> <u>Ⅰ群病院（大学病院本院）において、規定の手順により指導医療官を一定期間派遣した場合、当該評価を●●点加算する。</u>

2) 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。
3) 複雑性指数	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	〔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。
4) 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）の診断群分類を計算対象とする。
5) 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	<u>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〕</u> <u>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】</u> <u>「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</u> ・<u>「A205 救急医療管理加算」</u> ・<u>「A300 救命救急入院料」</u> ・<u>「A301 特定集中治療室管理料」</u> ・<u>「A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料」</u> ・<u>「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」</u> ・<u>「A301-4 小児特定集中治療室管理料」</u> ・<u>「A302 新生児特定集中治療室管理料」</u> ・<u>「A303 総合周産期特定集中治療室管理料」</u> <u>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】</u> <u>「救急医療入院」の患者</u>

6) 地域医療指数	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)	以下の指数で構成する。 <table border="1" data-bbox="869 213 1995 560"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数（内訳）</th><th>評価に占めるシェア</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">① 体制評価指数 <u>計 12 項目（各 1 ポイント）</u> <u>I・II 群は評価上限●ポイント</u> <u>III 群は評価上限●ポイント</u></td><td>1/2</td></tr> <tr> <td rowspan="2">② 定量評価指数</td><td>1) 小児（15 歳未満）</td><td>1/4</td></tr> <tr> <td>2) 上記以外（15 歳以上）</td><td>1/4</td></tr> </tbody> </table> ① 体制評価指数（評価に占めるシェアは 1/2） 地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価（計 <u>12</u> 項目、詳細は次ページの別表 2 参照）。一部の項目において実績評価を加味する。 また、評価上限値を <u>I・II 群は 10 ポイント、III 群は 8 ポイント</u> とする。 ② 定量評価指数（評価に占めるシェアは 1) 2) それぞれ 1/4 ずつ） 〔当該医療機関の所屬地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所屬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。 【評価対象地域の考え方】 DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群については、診療圏の広域性を踏まえ、3 次医療圏とし、DPC 病院 III 群については 2 次医療圏とする。 【集計対象とする患者数の考え方】 DPC 対象病院に入院した患者とする。	地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア	① 体制評価指数 <u>計 12 項目（各 1 ポイント）</u> <u>I・II 群は評価上限●ポイント</u> <u>III 群は評価上限●ポイント</u>		1/2	② 定量評価指数	1) 小児（15 歳未満）	1/4	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4
地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア											
① 体制評価指数 <u>計 12 項目（各 1 ポイント）</u> <u>I・II 群は評価上限●ポイント</u> <u>III 群は評価上限●ポイント</u>		1/2											
② 定量評価指数	1) 小児（15 歳未満）	1/4											
	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4											
<u>7) 後発医薬品指数（仮）</u>	<u>各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価</u>	<u>当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア（＝〔後発医薬品の数量〕／〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品の数量〕）により評価。</u> (※数量とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。)											

＜地域医療指数・体制評価指数別表 2＞

地域医療計画等における一定の役割を 12 項目で評価（「P」はポイントを表し、1 項目 1 ポイント、但し上限は I・II 群は 10 ポイント、III 群は 8 ポイント）。

評価項目（各 1P）	DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群	DPC 病院 III 群
①脳卒中地域連携 （DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群において 実績評価を加味）	脳卒中を対象とした場合に限り評価。当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-2 地域連携診療計画管理料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）	脳卒中を対象とする。 「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（I）」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（II）」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
②がん地域連携 （DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群において 実績評価を加味）	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〕で評価（実績に応じて 0～1P）	「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
③地域がん登録 （実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（当該都道府県内の患者分に限る）〕／〔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）である医療機関所在都道府県内の初発の患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）	
④救急医療 （実績評価を加味）	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる 体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価（0.5P）、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価（0.1P）。	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）
実績評価	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） 	救急車で来院し、入院となった患者数（0.9P） 

評価項目（各 1P）	DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群	DPC 病院Ⅲ群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院又は <u>新型インフルエンザ等対策に係る指定公共機関（※）</u> の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価（0.5P ずつ） <u>（※）平成 27 年度以降に導入すること平成 26 年度以降検討する</u>	「災害拠点病院又は <u>新型インフルエンザ等対策に係る指定公共機関（※）</u> の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価（いずれかで 1P） <u>（※）平成 27 年度以降に導入することを平成 26 年度以降検討する</u>
⑥へき地の医療	「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）	
⑦周産期医療	・ 「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	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑧がん拠点病院	・ 「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「 <u>小児がん拠点病院の指定</u> 」を重点的に評価（1P） ・ 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.5P） ・ 準じた病院（右欄※参照）としての指定は評価対象外（0P）	「がん診療連携拠点病院の指定」、 <u>「小児がん拠点病院の指定」</u> もしくはそれに準じた病院（※）としての指定を受けていることを評価（いずれかで 1P） ※都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院。 <u>（今後「地域がん診療病院」及び「特定領域がん診療病院」の指定が予定されており、平成 27 年度以降は評価対象を当該指定病院に変更することを平成 26 年度以降検討する。）</u>
⑨24 時間 tPA 体制	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価（1P）	
⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加の有無を評価（1P）	
<u>⑪急性心筋梗塞の 24 時間診療体制</u>	<u>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（実績に応じて 0～1P）</u>	
<u>⑫精神科身体合併症の受入体制</u>	<u>「A230-3 精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価（1P）</u>	

【補足】体制に係る指定要件については、平成 25 年 9 月 30 日までに指定を受けていること（平成 25 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

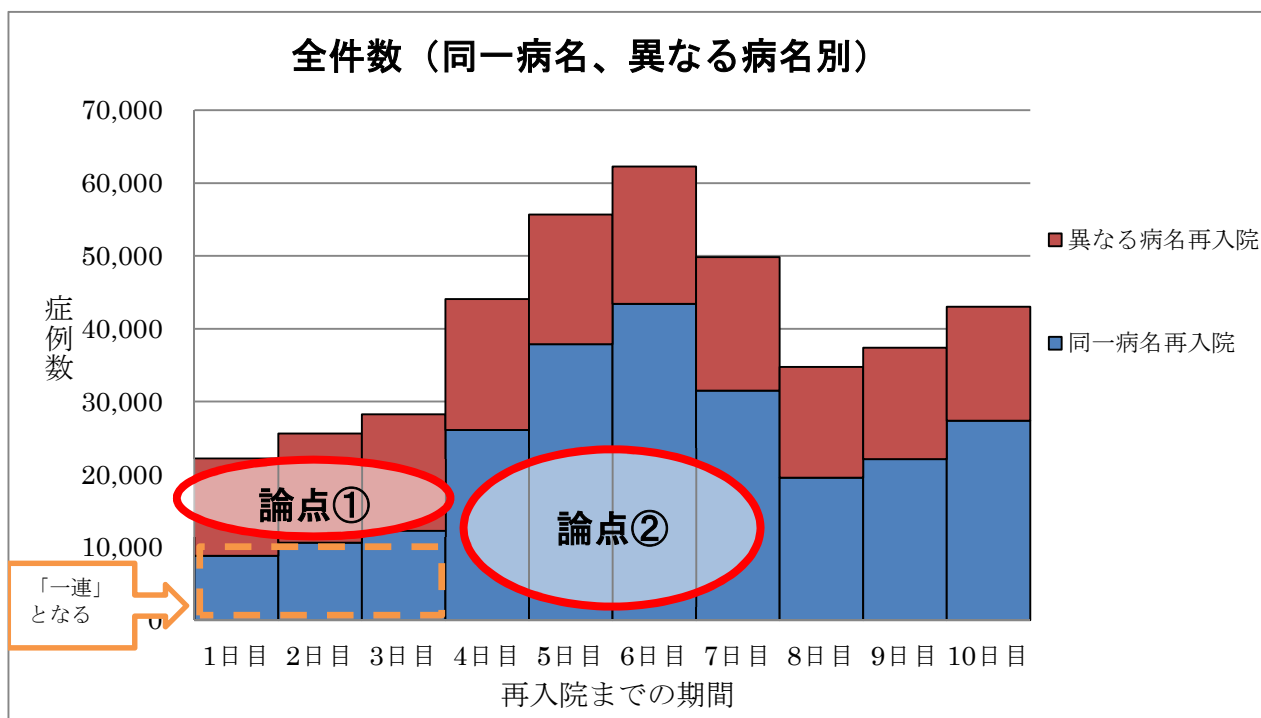
3. 算定ルール等の見直し

(1) 退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルールについて

- 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「医療資源が最も投入した傷病名」が一致するにも関わらず「入院の契機となる病名」が異なる場合は、その理由を摘要欄に記載する。
- 「7日」以内の同一病名の再入院は、「一連」として取り扱うこととする（現行は「3日」以内）。
- 再入院時に悪性腫瘍にかかる化学療法を実施する症例については、当該ルールの適用を除外することとする。なお、その場合は化学療法を実施した旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。
- 「一連」と見なされる再入院における退院期間の日数は、入院期間とはみなさない。
- 「7日」に延ばすことによる8日目以降の再入院率の変化、検査の外来移行等の影響については、次回改定以降、退院患者調査等によって重点的に検証することとする。

(考え方)

- 退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルール（いわゆる「3日以内再入院ルール」）については、平成20年改定の際に、患者を短期間退院させ単価の高い特定入院期間Ⅰを繰り返し算定する事例に対応するために導入された。
- 以下の観点から、3日以内再入院ルールに関する見直しの検討を行った。
 - 論点①：1～3日目に再入院した際の傷病名の意図的な操作によるリセットによって本来であれば入院期間がリセットされるべきではない患者は含まれていないか
 - 論点②：同一病名で4日目以降に再入院した患者について、再入院の時期を意図的に操作することによるリセットによって本来であれば入院期間がリセットされるべきではない患者は含まれていないか



- 1～3日の再入院のうち、異なる病名の再入院は、平成20年以降増加傾向を認めており、また4～7日の同一病名の再入院については1～3日、8～10日の同一病名再入院と比較し件数が突出して多くなっている。

〔論点①に関して〕

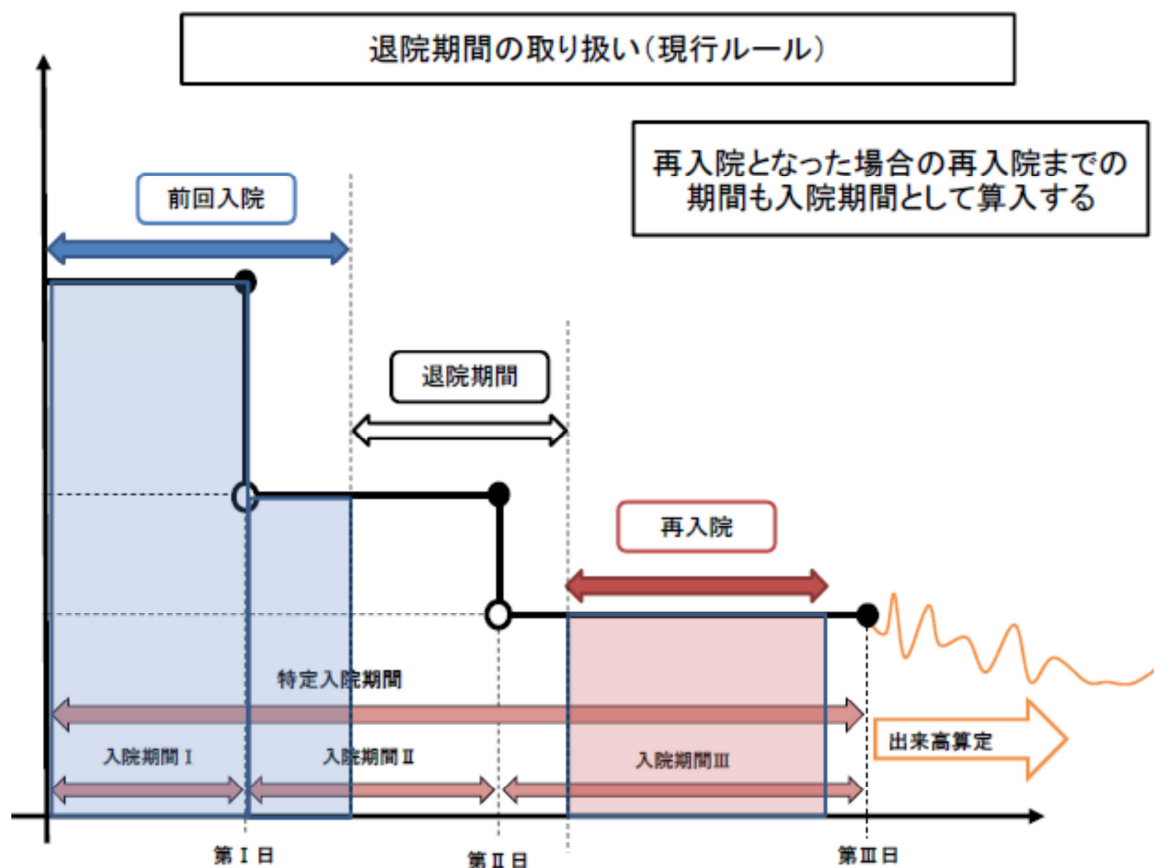
- 再入院時の「最も医療資源を投入した病名」によって「一連」であるか否かを判断することについて検討を行ったが、退院時まで「一連」と判断されるか否かが確定しないことにより、差額調整が困難になる事例（一連と見なされることで特定入院期間が短くなり、前月分のDPCレセプトの請求を出来高レセプトに変更する必要がある場合等）が多く発生すると考えられることから、再入院時の「入院の契機となった傷病名」によって判断する現行の考え方を維持することが妥当であると考えられる。
- 傷病名の意図的な操作による入院期間のリセットに対応するため、一連とみなされるか否かについては現行のDPC上6桁からDPC上2桁コードが同一であるかによって判断することとし、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「医療資源が最も投入した傷病名」が一致するにも関わらず「入院の契機となる病名」が異なる場合は、その理由を摘要欄に記載することが妥当である。

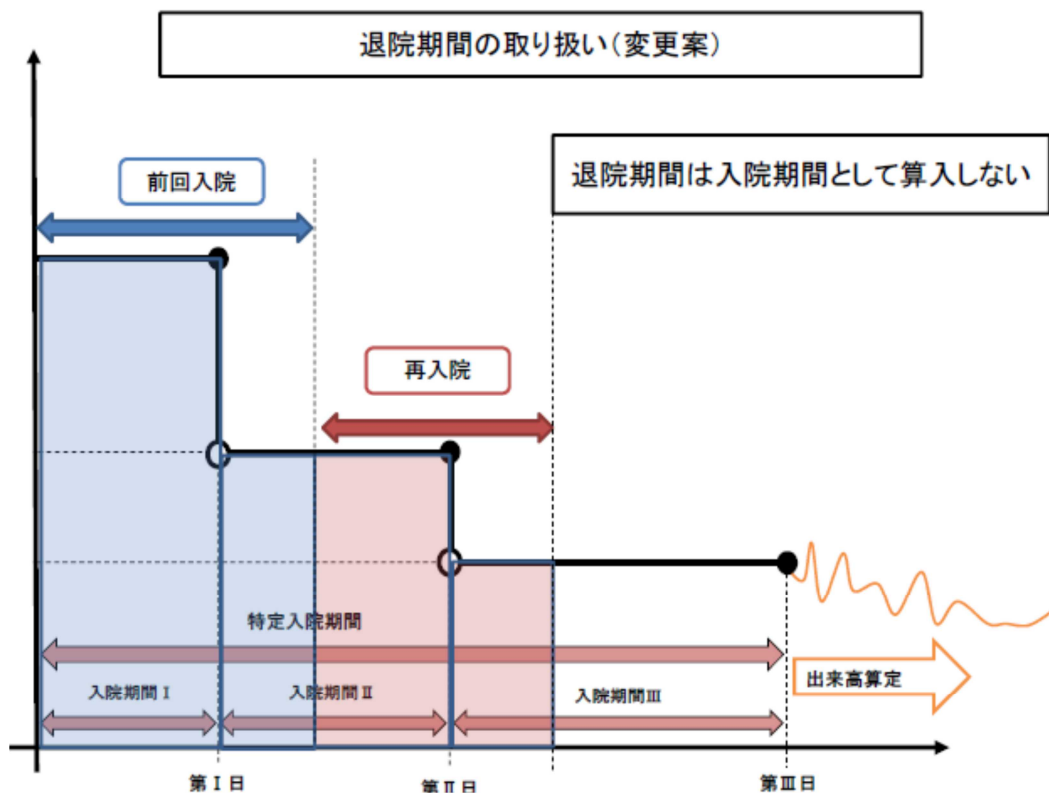
〔論点②に関して〕

- 退院患者調査の「再入院調査」によると4～7日以内の再入院のうち「前回入院で術前検査等を行い今回入院で手術を行うため」、「前回入院以前に手術を

行い今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため」といった理由による再入院が2割以上を占めており、これらについては一連の入院とみなして差し支えないと考えられることから、当該算定ルール適用は現行の「3日」から「7日」に延長することが妥当であると考えられる。

- 悪性腫瘍にかかる症例のうち、「手術」や「放射線治療」を実施する入院については、技術料がDPC包括対象外であり出来高算定可能であることから、再入院ルールの適用を「7日」に延ばすことによる影響は比較的小さいと考えられるが、「化学療法」については薬剤料がDPC包括対象であることから、再入院ルールの適用を「7日」に延ばすことで適切な化学療法の費用が償還されない事例も多く発生すると考えられることから、当該ルールの適用から除外する必要がある。
- 再入院ルールの適用を7日に延長することで、短期間（数日間）退院可能な患者を退院させるインセンティブがなくなってしまう可能性に配慮し、退院期間の日数は入院期間として算入しないことが妥当であると考えられる。





- 「7日」に延ばすことによる在院日数への影響や、8日目以降の再入院率の変化、検査の外来移行等の影響については、次回改定以降、退院患者調査等によって重点的に評価することが必要であると考えられる。

追加の検討結果を反映

(2) 持参薬について

- 入院の契機となる疾患に対して使用する薬剤を患者に持参させて使用することが望ましくないことを DPC/PDPS として明確化するため、下記のような規定を設けることとする。

DPC 対象病院は、当該病院に入院することが予め決まっている患者に対し、当該入院の契機となった傷病を治療するために使用することを目的とする薬剤については、特段の理由がない限り、当該病院の外来で事前に処方すること等によって患者に持参させ入院中に使用してはならない（特段の理由がある場合は診療録に記載すること）。

（例：がんの治療を目的に予定入院する患者に対し、内服の抗がん剤や制吐薬を外来で処方し患者に持参させ、入院中に使用してはならない。）

- 持参薬の使用に関する医療機関ごとの状況についてより正確に把握するため、退院患者調査の様式 1 によって調査することとし、必要に応じてナショナルデータベース等のレセプト情報の活用を今後検討することとする。

(考え方)

- 平成 25 年度特別調査（ヒアリング調査）の結果、以下の持参薬は院内採用薬以外の治療を可能にする側面があり、例えば大学病院のように総合的な診療体制が整っている医療機関においては問題となりにくいが、専門病院等では当該病院にない診療科の治療を入院中も継続する際には持参薬が必要となる場合があるという意見があった。
- 入院の契機とは直接関係のない疾患に対する薬剤については、特に中小病院の場合に院内採用がされていないこと等により持参薬が必要となる事例も多いと考えられるが、入院の契機となる疾患に対する薬剤については通常は院内処方が可能であると考えられる。
- 院内処方が可能な薬剤を外来で処方すること等によって患者に持参させることは、患者の負担を増加させ、またそのような処方を行わない他の DPC 病院と比較し診療報酬上不平等であり、不適切であると考えられることから、DPC/PDPS の運用上望ましくない行為であると考えられる。

(3) その他の検討結果について

【特定入院期間を過ぎるまで行われなかった高額な材料・薬剤を用いる検査の取り扱いについて】

- 心臓カテーテル検査や内分泌検査は高額な薬剤や材料を用いる検査であり、診療報酬上のメリットから特定入院期間を超え出来高算定期間となってから実施する事例があるのではないかという指摘があったが、DPC データ上、平均的な施設であっても一定程度は特定入院期間を超えてから初めて行われており、一律に算定を禁止することは妥当ではないと考えられること、また悪性腫瘍患者に対する化学療法に適用されている現行の当該ルールについても一定程度請求や審査に負荷がかかっており、これ以上の複雑化はデメリットが大きいと考えられたことから、次回改定（平成 26 年度）で心臓カテーテル検査等に同ルールを導入するのは見送ることとし、引き続き動向を注視していくこととする。

4. 退院患者調査の見直し

- DPC/PDPS の導入の評価・影響の検証等を行うため、(1) 診断群分類の妥当性の検証、(2) 診療内容の変化等及び(3) 医療機関の機能の変化、を評価するため、退院患者毎の診療情報及び診療報酬請求情報からなる退院患者提出データに基づく分析調査（いわゆる「退院患者調査」）を実施しており、退院患者調査では把握が困難なものについて、必要に応じて別途「特別調査」を実施している。

【参考】「DPC 導入の影響評価に係る調査」について

	調査内容
「退院患者調査」	当該病院で診療している患者に関する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
「特別調査」	中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査

(1) 退院患者調査の各様式の見直しについて

- 退院患者調査は、以下の様式により構成されている。

【参考】退院患者調査の様式

様式名	内容
様式 1	簡易診療録情報
様式 3	施設情報
様式 4	医科保険診療以外の診療情報
D ファイル	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報
EF 統合ファイル	医科点数表に基づく出来高点数情報
外来 EF 統合ファイル	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高点数情報

① 様式 1（簡易診療録情報）

- 下記の表の通り見直しを行うこととする。

【既存項目の見直し】

項目名	内容	考え方
3. 入退院情報 (6) 入院経路	下記の通り変更する 0 院内の他病棟からの転棟 1 家庭からの入院 4 他の病院・診療所の病棟からの転院	・厚生労働省統計情報部が実施している「患者調査」と整合性をとり、入院経路をより精緻に調査する。 ・また、肺炎の診断群分類において医療・介護関連肺炎（NHCAP）が区

	5 介護施設・福祉施設に入所中 8 院内で出生 9 その他	別できるようになるため、重症度分類に活用できる可能性がある。
(11) 退院先	下記の通り変更する 0 院内の他病棟への転棟 1 家庭への退院（当院に通院） 2 家庭への退院（他院に通院） 3 家庭への退院（その他） 4 他の病院・診療所の病棟への転院 5 介護老人保健施設への入所 6 介護老人福祉施設への入所 7 社会福祉施設への入所 8 終了（死亡等） 9 その他	上記に同じ
5. 手術情報 (7) (14) (21) (28) (35)) 麻酔	「脊椎麻酔＋硬膜外麻酔」を追加	・脊椎麻酔と硬膜外麻酔を同時に行う症例に対応するため。
5. 手術情報 (33) 手術側数	「左右の区別のないもの」を追加する	・現行では、胃等左右の区別のない臓器に対する手術に対応するため。
6. 診療情報 (19) Hugh-Jones 分類 (20) NYHA 分類	肺高血圧症の重症度調査は(19)から(20)に変更する	・肺高血圧症ガイドライン（日本循環器学会）の2012年改訂版に基づき、肺高血圧症の重症度分類の調査をNYHA分類に変更する。

【新規項目の提案】

項目名	内容	考え方
3. 入退院情報	入院前と退院後の在宅医療の有無 0 無 1 当院が提供 2 他施設が提供 9 不明	・DPC 病院における在宅医療の実施の有無と、DPC 病院以外における在宅医療に係る連携の状況を明らかにするため、入院の前後における在宅医療の実施状況について調査する。 【参考：患者調査における在宅医療】 以下の①～③に該当するものを指す。 ①往診 ②訪問診療 ③医師・歯科医師以外の訪問
6. 診療情報	抗リウマチ分子標的薬の初回治療の有無	・初回と2回目以降で投与量が大幅に異なるため、初回治療の有無で医療資源投入量が異なる

		か否かについて調査し、必要に応じて当該調査項目に基づき分岐を設定する。
6. 診療情報	介護保険の主治医意見書に活用されている「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」 0 無し 1 I～II 2 III～IV・M	・認知症による介護が必要な患者については医療資源投入量や在院日数が異なるか否かについて調査する。 ・65歳以上の患者又は40歳以上の介護保険が適用されている患者で、疾患による一時的な変化を除外した入院時の患者の平素の状態を調査する。
6. 診療情報	入院時と退院時の褥瘡の深さ（DESIGN 分類の D0～D5 を入力）	・入院前の褥瘡（いわゆる持ち込み褥瘡）の有無、及び急性期病棟における褥瘡の発生率等に関する基礎データを収集する。
6. 診療情報	持参薬の使用の有無 0 持参薬を使用していない 1 自院で処方された持参薬を使用 2 他院で処方された持参薬を使用 3 自院・他院で処方された持参薬両方を使用	・予定入院の症例について、持参薬の使用状況を調査する。

② 様式 3（施設情報）

- 現行の調査項目となっている「保険診療として地方厚生（支）局に届けられた病床数（届出病床数）」に加え、医療法上の「許可病床数」及び「休止病床」について調査項目に加える。

（※「休止病床」の定義）

医師・看護師等の職員の不足やノロウイルス等の感染症の発生等によって新たな入院患者の受入を休止している病床であって、地方厚生支局に休止を届ける予定のない病床。

（考え方）

- DPC 対象病院の基準となっている「データ／病床比」のあり方の適切な見直し等に向けて、届け出されている病床数と実際に稼働している病床数の乖離等を適切に把握する。

③ 様式 4（医科保険診療以外の診療情報）

- 調査様式の簡素化の観点から、平成 27 年度以降から様式 4 を様式 1 に統合することとする。

(2) 退院患者調査の結果報告のあり方について

- DPC/PDPS において経時的に特徴的な変化が起きていないかをモニタリングすることを目的とし、DPC/ PDPS に係る基本的な情報について、直近5年分のデータを下記の集計方法により毎年中医協総会に「定例報告」する。
- 「定例報告に係る集計方法」は、毎年の「定例報告」の度ごとに見直しを行うこととする。
- また「定例報告」の結果等から、重点的に評価すべき事項が生じ、退院患者調査の追加集計の必要が生じた場合については、追加集計を行う前に DPC 評価分科会において仮説を明確化する。
- なお、退院患者調査による集計によって検証することが難しい場合は、適宜特別調査を実施する（従前の通り）。

「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）
 - ・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

（考え方）

- DPC/PDPS において経時的に特徴的な変化が起きていないかをモニタリングすることは重要であり、モニタリングを目的とした際の適切な集計方法について検討を行った。
- 重点的に何かを評価する場合は、詳細な集計に入る前に何らかの仮説を立てない限り、意義がある結果を得ることは難しいため、予め仮説を明確化する。

(3) 退院患者調査様式 1 の調査項目に関する次回改定以降の対応について

- 様式 1 の調査項目の基本的な考え方については下記の通りに整理することとし、平成 26 年改定以降、新たに調査項目に加える際には下記の基本的な考え方に従い検討を行うこととし、また活用されない調査項目等については、必要に応じて調査対象となる患者の範囲の見直しや調査項目の削除等の対応について検討する。

【様式 1 の基本的な考え方】

- ① 退院患者についての通常診療録に記載されているような基本的な情報（生年月日、性別等）に関する調査項目であること
- ② 急性期医療を担う病院（DPC 対象病院）の機能や役割の分析のための調査項目であること
- ③ 手術・処置・重症度等の組み合わせでは患者の重症度が表現できない又は困難な傷病名（DPC 上 6 桁）の診断群分類を検討するための調査項目であること

(考え方)

- 医療機関の調査負担の軽減に配慮する観点から、様式 1 に係る基本的な考え方を整理し、平成 26 年改定以降は基本的な考え方に従って調査項目の見直しを行う。

(4) 外来 EF 統合ファイルの提出について

- 外来 EF 統合ファイルは、Ⅰ群・Ⅱ群に加え、Ⅲ群の DPC 対象病院も提出を必須化する。

(考え方)

- 平成 24 年度診療報酬改定後、外来 EF 統合ファイルの受付を開始した（Ⅰ群・Ⅱ群病院の提出は必須、Ⅲ群病院の提出は任意とされている）。
- 平成 25 年 4 月 1 日時点で、外来 EF 統合ファイルの提出が任意となっているⅢ群病院のうち、92%（1,224/1,326）の病院が提出している。
- 平成 24 年度退院患者調査の結果報告で、化学療法等の外来と入院の診療内容のあり方を検証する上で、外来 EF 統合ファイルの一定の有用性が示されている。

(5) その他（中医協総会への提言）

- DPC/PDPS に関する調査を、診療報酬体系において明確に位置づけるべきである。

(考え方)

- 平成 15 年の DPC 制度導入時より、「DPC 導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）」を実施しており、その調査結果（以下「DPC データ」という。）は診療報酬制度の見直し（診断群分類点数表、医療機関別係数の設定等）に活用されている。
- 退院患者調査の対象となる病床数は、平成 15 年の DPC 制度導入時は約 7 %であったが、平成 24 年では急性期医療を提供する病床（7:1、10:1）の約 53%を占めており、診療報酬制度の見直しにおける急性期入院医療を受ける患者の病態や医療行為の内容等に関する調査として、一定程度確立してきている。
- 現在、DPC フォーマットデータの提出は「A245 データ提出加算」として診療報酬で評価されており、また DPC/PDPS に係る調査への適切な参加は DPC 対象病院・準備病院の施設基準となっている。
- 以上のような背景を踏まえ、DPC に関する調査を診療報酬体系において明確に位置づけるべきである。

5. その他

追加の検討結果を反映