

中医協	診-1	参考①
26	5	28

診調組	D-3-1	
26	4	18

平成26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

本日の説明内容

I DPC制度の概要

1. DPC制度に関するこれまでの経緯
2. 制度概要
3. 「診断群分類点数表」について
4. 「医療機関別係数」について

II 平成26年度診療報酬改定について

1. 基本方針(改定全体の方針を踏まえた対応)
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. 「算定ルール等」の見直し
5. 「退院患者調査」の見直し

I DPC制度の概要

- 1 DPC制度に関するこれまでの経緯
- 2 制度概要
- 3 「診断群分類点数表」について
- 4 「医療機関別係数」について

I DPC制度の概要

- 1 DPC制度に関するこれまでの経緯
- 2 制度概要
- 3 「診断群分類点数表」について
- 4 「医療機関別係数」について

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／PDPS参加病院数・病床数

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成26年4月1日見込みで1,585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) (見込み)	1,585	492,206
(参考)全一般病院(※) (平成24年医療施設調査)	7,493	898,116

平成15年

82病院

66,497床

平成26年

1,585病院

492,206床
(約55%)

※平成25年度はDPC対象病院の募集は行っていない。

※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)。

(参考) D P C 対象病院数の変遷

【DPC対象病院数の変遷】

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度対象病院 (H15年4月)	0	0	0	0	1	81	82
平成16年度対象病院 (H16年4月)	2	14	12	15	8	93	144
平成18年度対象病院 (H18年4月)	6	30	47	71	46	159	359
平成20年度対象病院 (H20年7月)	39	103	133	138	85	215	713
平成21年度対象病院 (H21年7月)	130	259	261	231	135	262	1,278
平成22年度対象病院 (H22年7月)	151	295	282	249	144	267	1,388
平成23年度対象病院 (H23年4月)	163	313	295	257	148	271	1,447
平成24年度対象病院 (H24年4月)	181	335	301	265	149	274	1,505
平成25年度対象病院 (H25年4月)	179	338	304	252	153	270	1,496
平成26年度対象病院 (H26年4月) (見込み)	200	373	318	262	155	277	1,585
(参考)全一般病院(※) (平成23年医療施設調査)	3,090	2,345	779	560	309	410	7,493

※平成25年度はDPC対象病院の募集は行っていない。

※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)。

(参考) D P C 算定病床数の変遷

【DPC算定病床数の変遷】

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度対象病院 (H15年4月)	0	0	0	0	424	66,073	66,497
平成16年度対象病院 (H16年4月)	177	2,261	3,152	5,088	3,507	75,145	89,330
平成18年度対象病院 (H18年4月)	429	4,701	11,892	24,479	20,343	114,551	176,395
平成20年度対象病院 (H20年7月)	2,820	15,839	33,027	47,505	37,363	149,534	286,088
平成21年度対象病院 (H21年7月)	8,915	39,127	64,908	79,136	59,544	178,594	430,224
平成22年度対象病院 (H22年7月)	10,099	44,196	69,983	85,612	63,548	181,710	455,148
平成23年度対象病院 (H23年4月)	10,869	46,708	73,212	88,320	65,189	184,064	468,362
平成24年度対象病院 (H24年4月)	11,994	50,078	74,571	91,071	65,606	186,219	479,539
平成25年度対象病院 (H25年4月)	11,924	50,581	75,291	86,277	67,459	183,449	474,981
平成26年度対象病院 (H26年4月) (見込み)	13,418	55,494	78,491	89,558	68,331	186,914	492,206
(参考)全一般病院(※) (平成23年医療施設調査)	116,262	193,237	111,703	139,231	102,341	236,611	899,385

※平成25年度はDPC対象病院の募集は行っていない。

※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)。

(参考) D P C 準備病院の変遷

【DPC準備病院数の変遷】

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成18年度準備病院 (H18年7月)	38	88	75	62	49	59	371
平成19年度準備病院 (H19年7月)	182	282	222	170	100	115	1,071
平成20年度準備病院 (H20年7月)	185	259	165	114	61	59	843
平成21年度準備病院 (H21年7月)	111	116	48	32	13	11	331
平成22年度準備病院 (H22年7月)	112	88	31	21	6	8	266
平成23年度準備病院 (H23年4月)	95	70	17	13	2	4	201
平成24年度準備病院 (H24年4月)	103	93	31	17	1	3	248
平成25年度準備病院 (H25年4月)	96	98	31	15	0	4	244
平成26年度準備病院 (H26年4月) 見込み	123	107	32	13	2	1	278

【DPC準備病院病床数の変遷(調査開始時の病床数で表示)】

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成18年度準備病院 (H18年7月)	2,670	13,472	18,403	21,080	21,523	36,909	114,057
平成19年度準備病院 (H19年7月)	11,684	41,494	54,760	58,004	44,004	71,363	281,309
平成20年度準備病院 (H20年7月)	11,563	37,366	40,793	39,151	26,940	36,429	192,242
平成21年度準備病院 (H21年7月)	6,674	16,104	11,537	11,223	5,533	6,894	57,965
平成22年度準備病院 (H22年7月)	6,904	12,473	7,265	7,018	2,498	5,249	41,407
平成23年度準備病院 (H23年4月)	5,835	10,003	3,893	4,369	838	2,813	27,751
平成24年度準備病院 (H24年4月)	6,265	13,173	7,330	5,628	400	1,706	34,502
平成25年度準備病院 (H25年4月)	5,917	13,869	7,529	4,980	0	2,206	34,501
平成26年度準備病院 (H26年4月) (見込み)	7,665	15,398	7,565	4,409	901	520	36,458

I DPC制度の概要

- 1 DPC制度に関するこれまでの経緯
- 2 制度概要
- 3 「診断群分類点数表」について
- 4 「医療機関別係数」について

包括評価の基本的考え方①

(包括評価の基本原則)

適切な包括評価とするため、評価の対象は、バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性(類似性・代替性)のある診療行為又は患者群とする。

前提① 平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬(点数)を設定

- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目(包括範囲)全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。
- 逆に、個別症例に着目した場合、要した医療資源と比べて高額となる場合と低額となる場合が存在するが、個別的には許容する必要がある(出来高算定ではない)。
- 一方、現実の医療の中では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、アウトライヤー(外れ値)処理として除外等の対応を行う(後述)。

包括評価の基本的考え方②

前提② 包括評価(定額点数)の水準は出来高報酬制度における点数算定データに基づいて算出

- 制度設計に際し、包括評価(定額点数)のあり方や具体的な手法については様々な議論や検討がなされたが、
 1. 既存の出来高診療報酬体系で評価されていた医療機関の報酬体系の移行としてDPC/PDPSを発足させたこと、
 2. 既存の診療報酬体系と独立したコスト調査等の結果に基づく包括点数設定は現実的に困難なこと(データや評価体制が不十分)、

等から、包括評価(定額点数)の範囲に相当する出来高点数体系での評価(点数)を準用した統計処理により設定する方式を採用している。

(※ 包括評価の設定は医療資源投入量を評価して設定すべき、という考え方から逆に見れば、出来高報酬制度における点数を医療資源投入量の近似値として使用(準用)している、と見ることもできるが、制度設計としては、出来高見合いの報酬(点数)設定が基本となっている。)

- このことから、包括評価(定額点数)の水準の是非についての議論は、DPC/PDPS単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる出来高点数体系での評価水準の是非に遡って検討する必要がある。

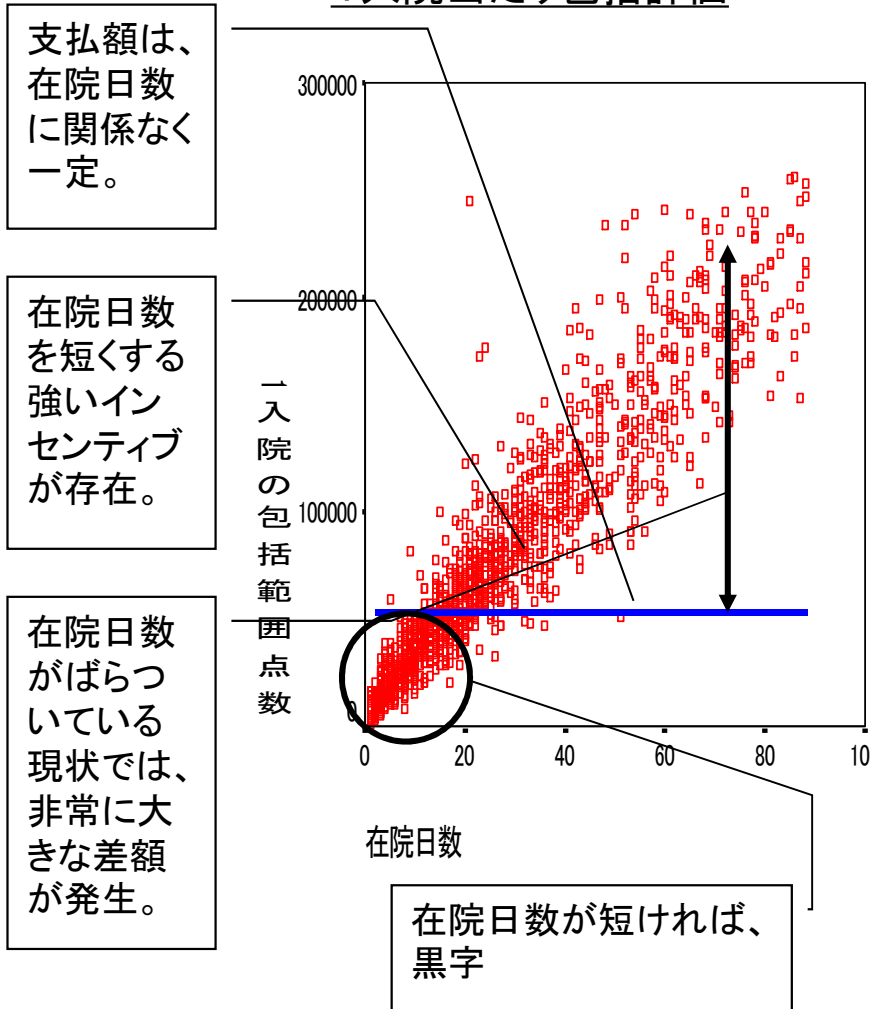
別紙 1

1入院当たり包括評価と1日当たり包括評価の比較

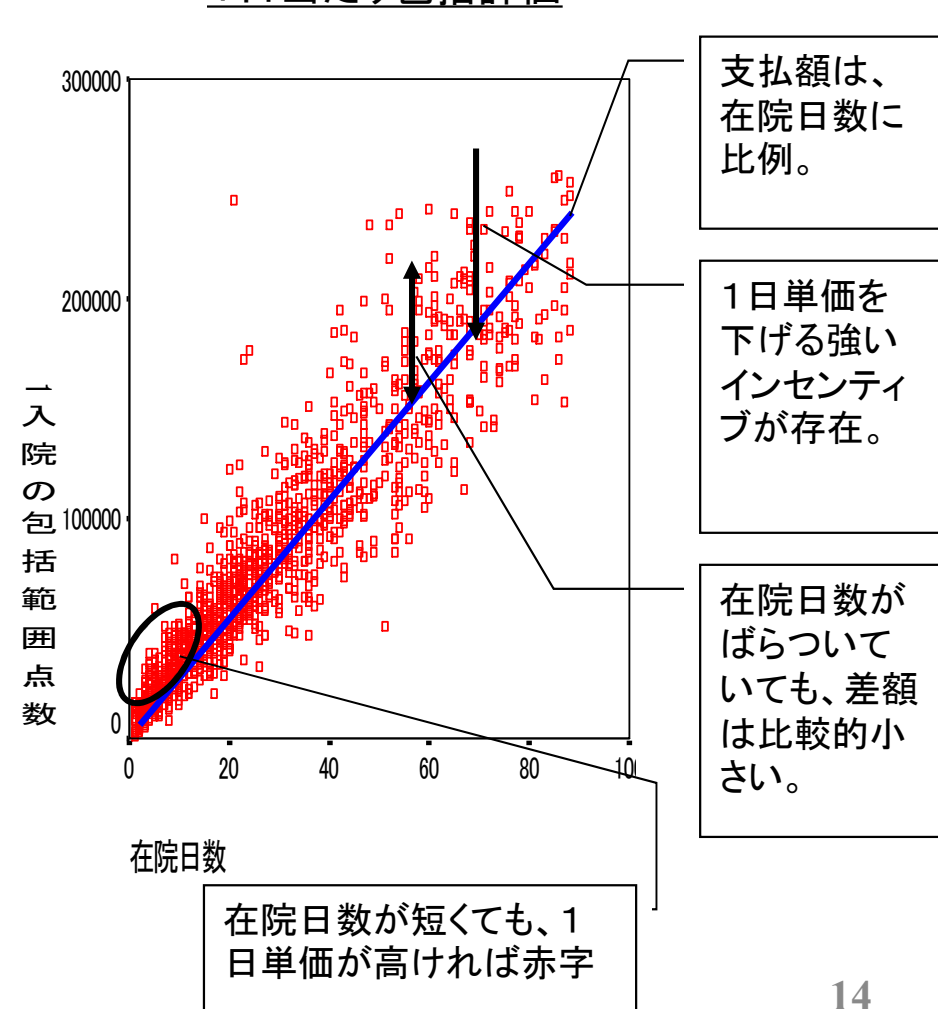
中医協 総-3-1別紙
2 3 . 1 . 1 3

「肺がん→手術なし→副傷病なし」の場合

1入院当たり包括評価

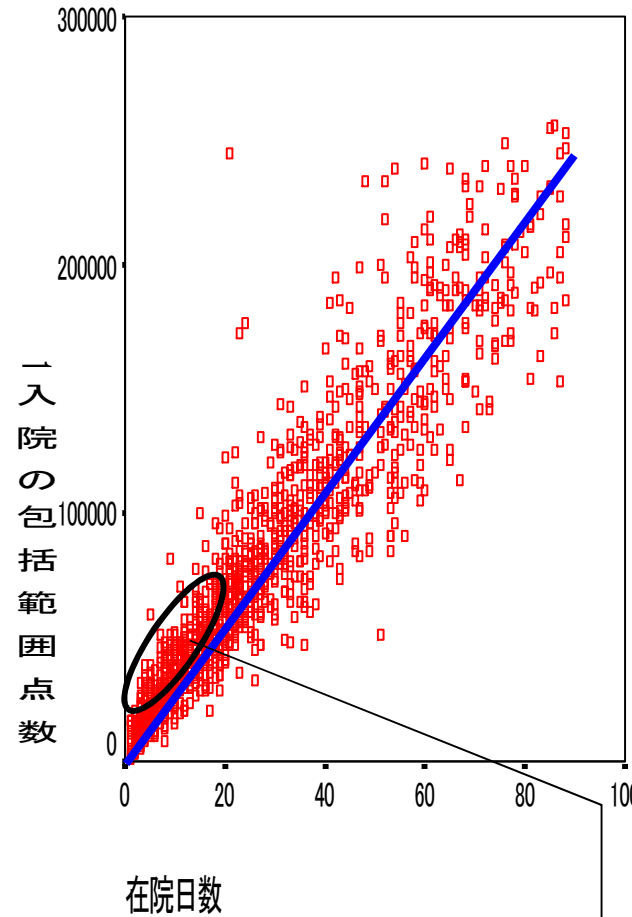


1日当たり包括評価



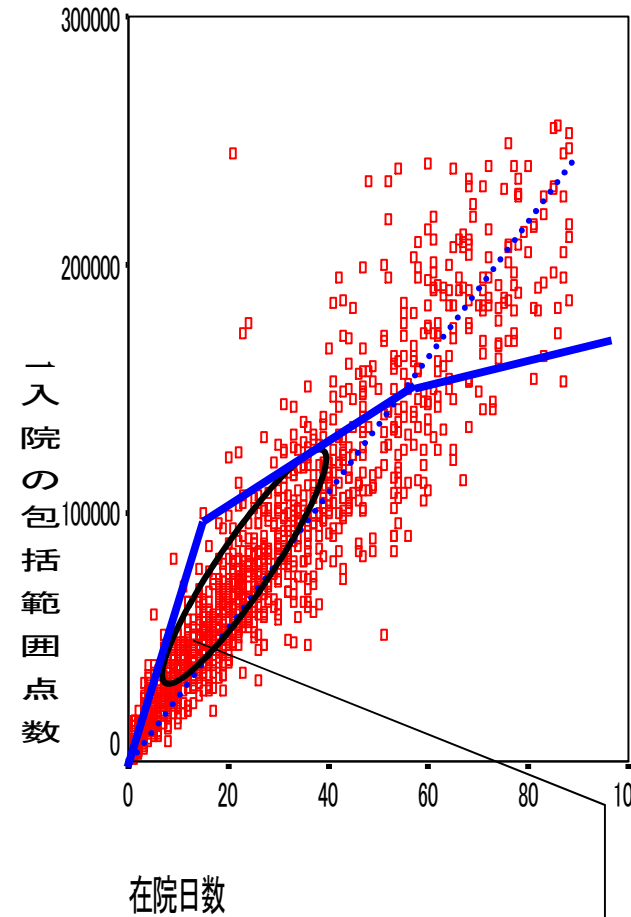
1日当たり包括評価の方法

【基本形】



在院日数が短くても、1日単価が高ければ赤字

【在院日数を加味した形】



在院日数が短く1日単価が高くても黒字

DPC制度の対象

平成26年度 DPC対象病院の要件について(1/2)

- 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」)

DPC制度の対象

平成26年度 DPC対象病院の要件について(2/2)

四 三のイの調査期間中において、退院した患者(第1項第一号から第五号までのいずれかに該当するものを除く。)数を、当該病院の一般病棟(次のイからトまでの医科点数表に掲げる区分番号いずれかを算定する病棟を除く。)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 A106 障害者施設等入院基本料

ロ A306 特殊疾患入院医療管理料

ハ A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

ニ A308-3 地域包括ケア病棟入院料

ホ A309 特殊疾患病棟入院料

ヘ A310 緩和ケア病棟入院料

ト A400 短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料3を除く。)

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2回の開催等

【※ 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

DPC算定病床の考え方

DPC対象病院

一般病棟

- ・A100 一般病棟入院基本料
- ・A104 特定機能病院入院基本料
- ・A105 専門病院入院基本料
- ・A300 救命救急入院料
- ・A301 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
- ・A301-3 脳卒中ハイケアユニット入院医療管理料
- ・A301-4 小児特定集中治療室管理料
- ・A302 新生児治療回復室入院医療管理料
- ・A303 総合周産期特定集中治療室管理料
- ・A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料
- ・A305 一類感染症患者入院医療管理料
- ・A307 小児入院医療管理料
- ・A400 短期滞在手術等基本料3

以下の区分番号を算定する患者は出来高算定とする。

- A106 障害者施設等入院基本料
- A306 特殊疾患入院医療管理料
- A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
- A308-3 地域包括ケア病棟入院料
- A309 特殊疾患病棟入院料
- A310 緩和ケア病棟入院料
- A400 短期滞在手術等基本料(1、2)

いわゆる
「DPC算定病床」

DPC包括算定

出来高算定

精神病棟

- ・A103 精神病棟入院基本料
- …等

療養病棟

- ・A101 療養病棟入院基本料 等

結核病棟

- ・A102 結核病棟入院基本料 等

DPC包括算定の対象患者

【DPC包括算定となる患者の考え方】

⇒DPC対象病院として告示されている医療機関において「一般病棟」に入院する患者（療養病棟、精神病棟等の入院患者は対象外）

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（新設）

D 厚生労働大臣が定める者 (① 新規保険収載技術が実施された患者)

既存収載技術と類似性のない手術等について、包括評価が可能となるデータが集まるまでの期間、包括対象外とする趣旨で設定されるものであり、下記の診療行為が実施される症例については、次回改定までの間、出来高算定とする。

K190-6	仙骨神経刺激装置植込術
K190-7	仙骨神経刺激装置交換術
K260-2	羊膜移植術
K281-2	網膜再建術
K328-2	植込型骨導補聴器移植術
K328-3	植込型骨導補聴器交換術
K340-7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)
K476-4	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)
K509-4	気管支瘻孔閉鎖術
K555-2	経皮的動脈弁置換術
K562-2	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術
K617-5	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術
K656-2	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)
K699-2	体外衝撃波碎石破砕術(一連につき)
K699-2 注	内視鏡的碎石除去加算
K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)
K910-3	胎児胸腔・羊水腔シャント術(一連につき)

D 厚生労働大臣が定める者 (② 「高額薬剤」が使用された患者)

平成25年12月25日
中医協総会 総-3

- 新たに保険収載・効能追加となった高額薬剤については、医療の技術革新の導入が阻害されないよう、一定の基準に該当する薬剤を使用した患者については、当該薬剤の十分な使用実績データが収集され **DPC 包括評価が可能となるまでの期間、包括評価の対象外**としている（以下、当該対応を「高額薬剤判定」という。）。
- 「高額薬剤判定」は、包括評価の対象外となる薬剤および当該薬剤が使用される診断群分類を告示するいわゆる「高額薬剤告示」への追加および診断群分類の定義（傷病名・手術・処置等）を定める「定義告示」への追加の2つの作業からなり、新薬の薬価収載に合わせ、年4回実施している（なお、緊急に薬価収載された新薬については、必要に応じて追加的な判定作業を実施する）。

【高額薬剤告示への追加】

1. 新たに保険適用される以下の医薬品について、その効能・効果から当該医薬品を使用する可能性のある診断群分類（14桁コード）を抽出する。
 - ① 新薬
 - ② 効能効果・用法用量の一部変更（薬事・食品衛生審議会で審査・報告されたもの）
 - ③ 事前評価済公知申請
2. 各診断群分類について、該当医薬品を入院初日から退院まで添付文書に記載された用法・用量に従って投与した場合の投与回数（仮想投与回数）から、当該医薬品の1入院あたり薬剤費を算出する。
3. 当該1入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている1入院あたり薬剤費の **84%tile 値**を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定する。

【定義告示への追加】

- 類似薬効比較方式で算定された新薬であり、当該算定の際の比較薬が該当する診断群分類の定義テーブルにおいて分岐として定義されている場合は、当該新薬を定義テーブルに追加する。

D 厚生労働大臣が定める者 (③「短期滞在手術等入院基本料3」を算定する患者)

短期滞在手術等入院基本料3を算定する患者については、DPC包括算定の対象外とする。

K008	(新)	腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術
K093-2	(新)	関節鏡下手根管開放手術
K196-2	(新)	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
K282	(新)	水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合口その他のもの
K282	(新)	水晶体再建術 2眼内レンズを挿入しない場合
K474	(新)	乳腺腫瘍摘出術 1 長径5cm未満
K617	(新)	下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
K617	(新)	下肢静脈瘤手術 2 硬化療法
K617	(新)	下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
K633		ヘルニア手術 5兎径ヘルニア(15歳未満)
K633	(新)	ヘルニア手術 5兎径ヘルニア(15歳以上)
K634	(新)	腹腔鏡下兎径ヘルニア手術
K721	(新)	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1長径2cm未満
K721	(新)	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2長径2cm以上
K743	(新)	痔核手術 2 硬化療法(四段階注射法)
K867	(新)	子宮頸部(膣部)切除術
K873	(新)	子宮鏡下子宮筋腫摘出術
D237	(新)	終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合
D237	(新)	終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合
D237	(新)	終夜睡眠ポリグラフィー31及び2以外の場合
D291-2	(新)	小児アレルギー負荷検査
D413	(新)	前立腺針生検法

DPC制度における診療報酬の算定方法

概要

【包括評価部分】

診断群分類毎に設定

- 入院基本料
- 検査
- 画像診断
- 投薬
- 注射
- 1000点未満の処置等

ホスピタルフィー的報酬部分

【出来高評価部分】

- 医学管理
- 手術
- 麻酔
- 放射線治療
- 1000点以上の処置等

+

ドクターフィー的報酬部分等

【包括評価部分】

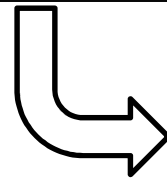
D P C 毎の
1日当たり点数

×

在 院 日 数

×

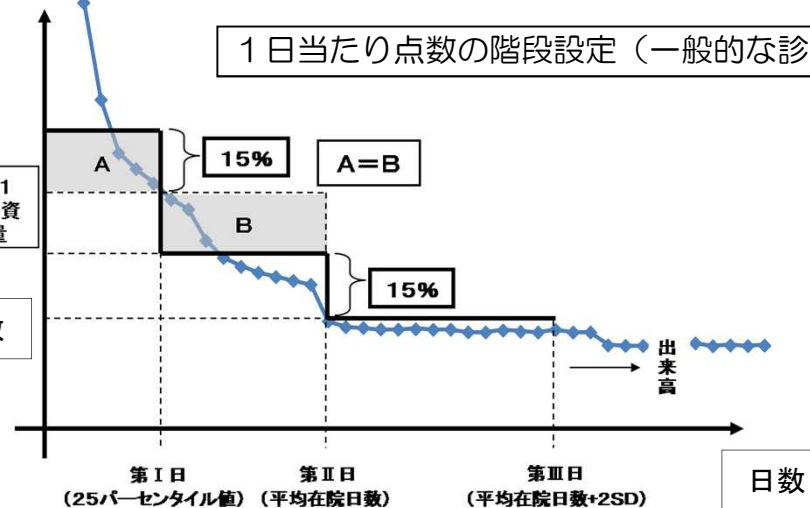
医 療 機 関 別 係 数



1入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量

点数

1日当たり点数の階段設定（一般的な診断群分類）



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

1. 経緯

- 高額な投薬や処置等を長期継続的に実施する疾患の患者が、その疾患とは直接関連のない他疾患の治療のためDPC病院に入院し、当該疾患を主病とした場合には、高額な薬剤費等が包括点数に十分に反映されていないとの指摘があった。このため、**HIV治療薬、血液凝固因子製剤(血友病等)、人工腎臓及び腹膜灌流(慢性腎不全)**については**出来高で算定**することとなった。
- 一方で、**抗がん剤**についても**同様の取扱いとするべき**ではないか、との意見があり、このことについてDPC評価分科会において検討を行った。

2. DPC評価分科会(平成21年12月24日)における検討

(1)分科会の議論において指摘された論点

①DPC病院における抗がん剤使用の実態

抗がん剤には多数の種類があり、また、注射薬、経口薬の違いもあることから、取扱いについては現場の使用実態も踏まえた慎重な検討が必要。

②他の薬剤との整合性

抗がん剤以外にも生物製剤等、高額な薬剤があることから、DPCにおける高額薬剤の取扱いに関する整理が必要。

③高額薬剤に関する対応の考え方

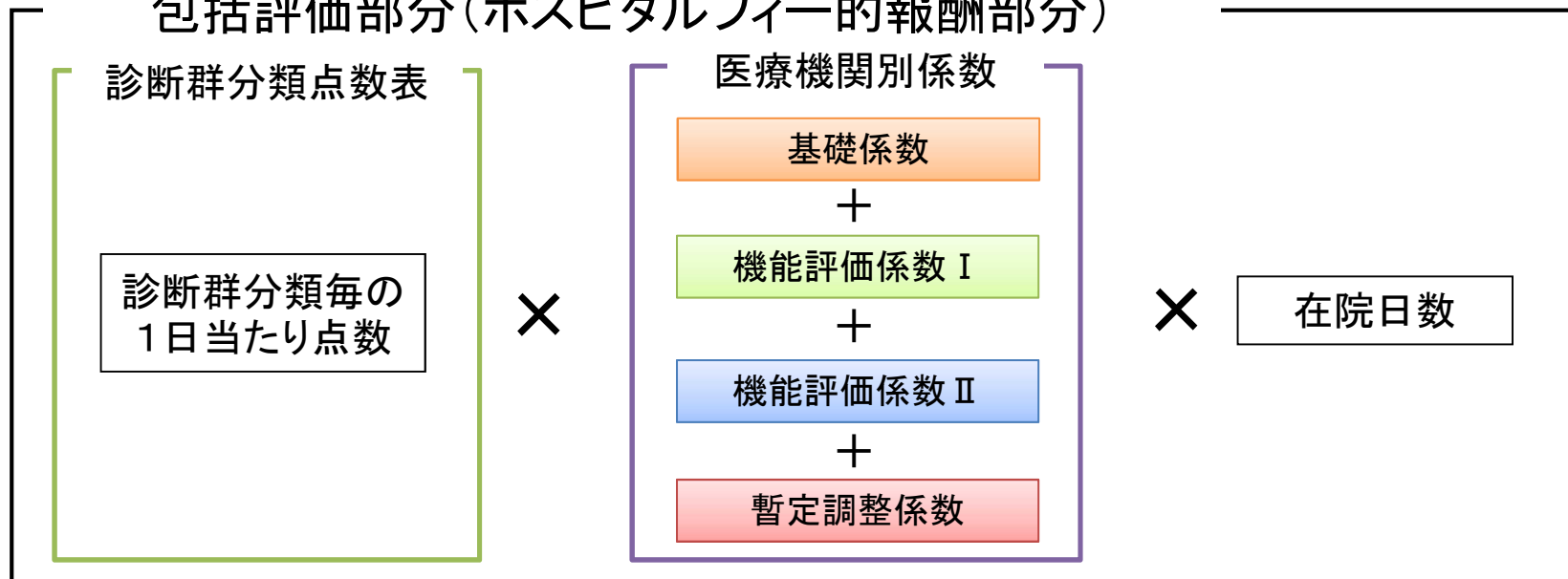
DPCにおいては、従来から抗がん剤などの高額薬剤の取扱いについて、診断群分類の精緻化などで対応しているが、その考え方が整理されていない。

(2)結論

この問題は、整理が必要であり、DPC制度の在り方そのものに関わることから、時間をかけて検討するべきとの結論になった。

DPC/PDPS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)



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)



I . DPC制度の概要

- 1 DPC制度に関するこれまでの経緯
- 2 制度概要
- 3 「診断群分類点数表」について
- 4 「医療機関別係数」について

診断群分類(DPC)の基本構造

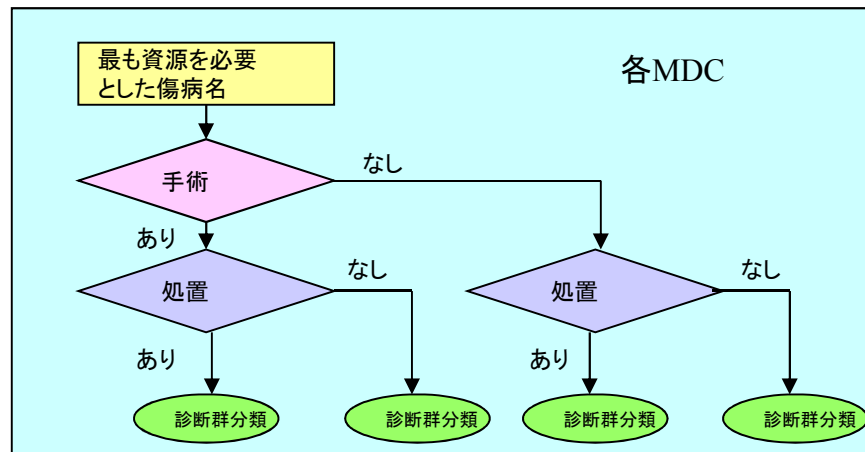
- 日本における診断群分類は、
 - ① 「**診断(Diagnosis)** (医療資源を最も投入した傷病名)」
 - ② 「**診療行為(Procedure)** (手術、処置等)等」の順に分類されている。
- 「傷病名」は、「**ICD-10: 国際疾病分類(※)**」により定義されており、「**診療報酬上の医科点数表上の区分(Kコード等)**」で定義されている。

※ ICD-10 [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 国際疾病分類第10版(2003年改訂)]

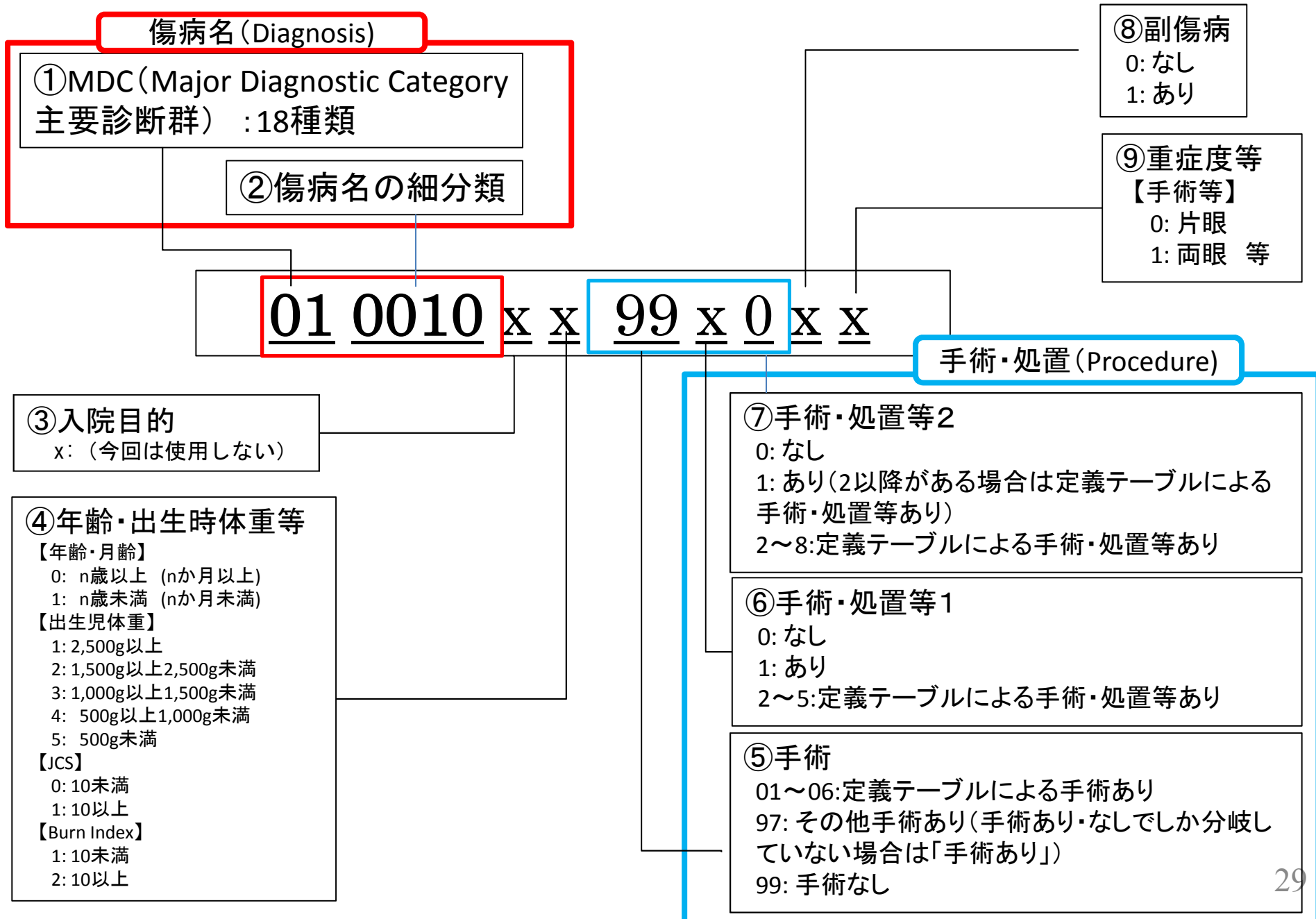
MDC 18種※
ツリー 2,873分類
(うち包括 2,309分類)※

※ 平成26年度改定における数

わが国の診断群分類開発では、臨床家の思考方法に近い形で判断樹を作成していくことを基本的理念としている



診断群分類番号（14桁）の構成



診断群分類点数表の算定方法①

040100 喘息

手術・処置等2

なし

副傷病

なし

040100xxxxx00x

あり

040100xxxxx01x

あり

1

副傷病

なし

040100xxxxx10x

あり

040100xxxxx11x

2

040100xxxxx2xx

平成24年10月から平成25年9月までの12か月間のデータを用いて点数設定

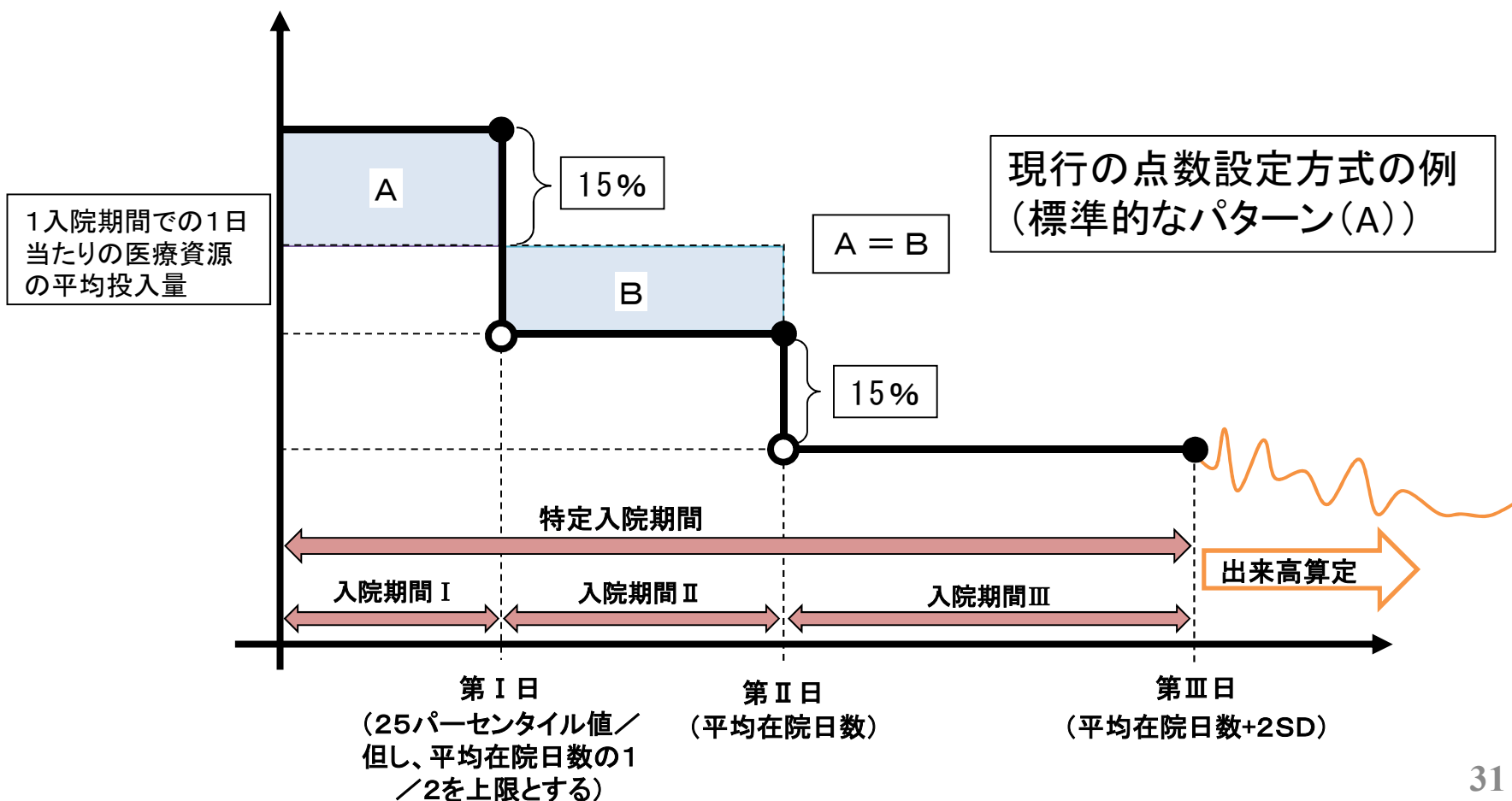
手術・処置等2
1; 人工呼吸
2; オマリズマブ

診断群分類番号	入院日(日)			点数(点)		
	I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
040100xxxxx00x	3	6	10	2,375	1,754	1,491
040100xxxxx01x	6	11	23	2,704	1,927	1,638
040100xxxxx10x	6	12	27	3,242	2,396	2,036
040100xxxxx11x	9	18	44	3,373	2,493	2,119

診断群分類(DPC)点数表における1日当たり点数の設定方法

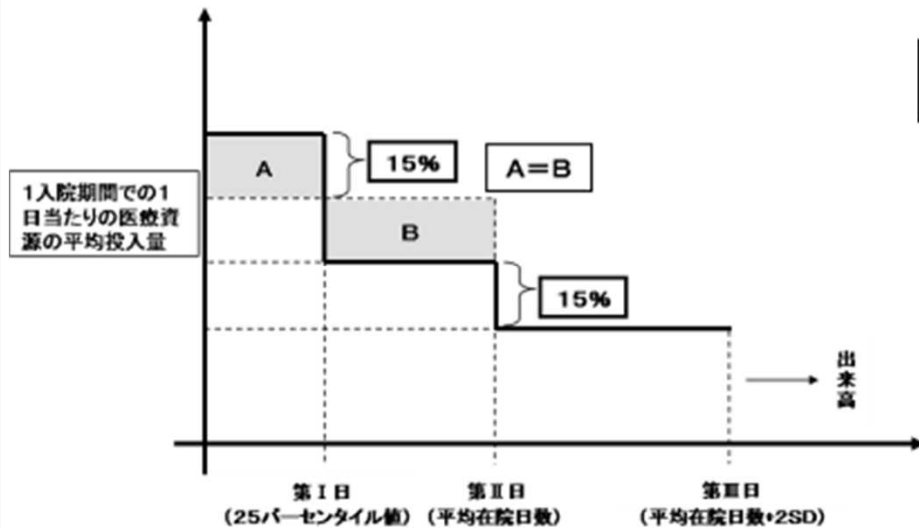
<1日当たり定額点数・設定方式のポイント>

- 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

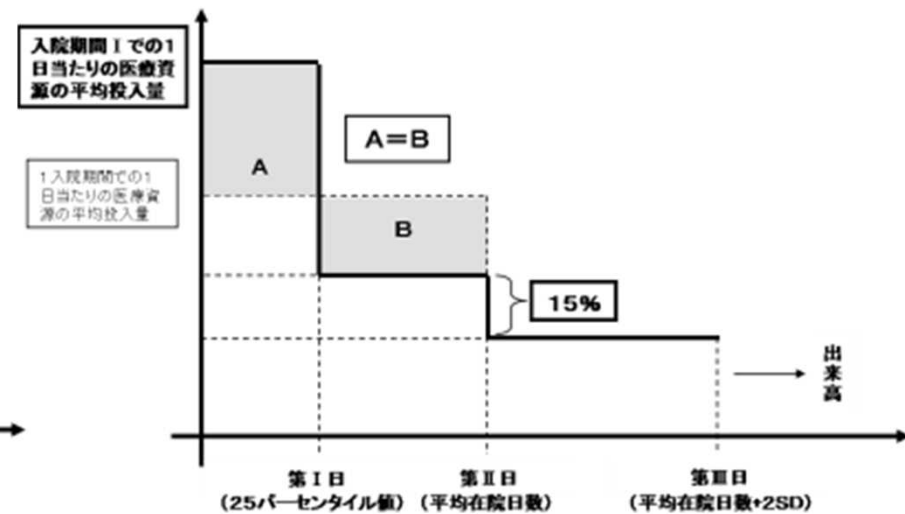


DPC点数表の点数設定方法(4種)

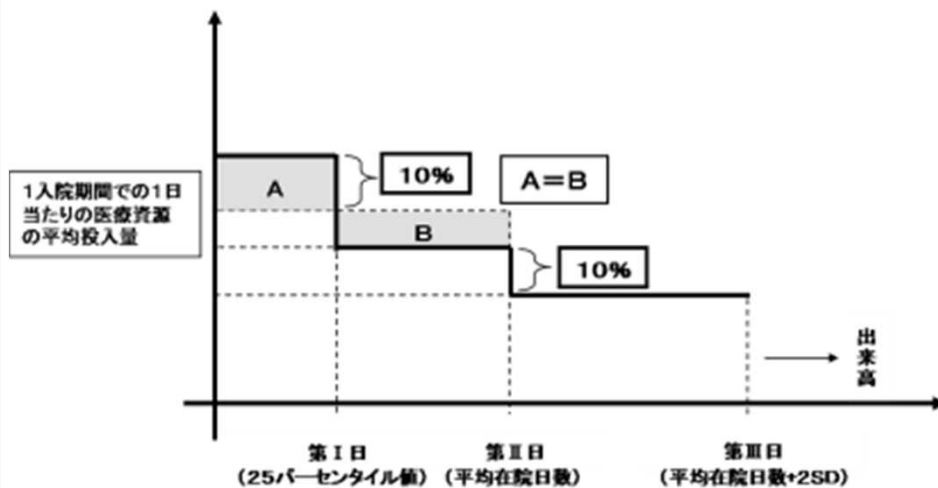
A 一般的な診断群分類



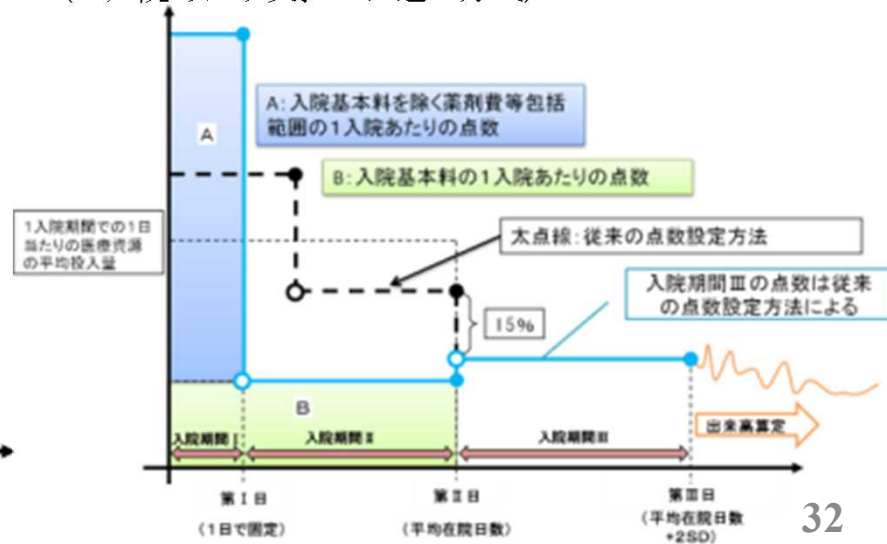
B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



D 高額薬剤等に係る診断群分類
(I入院あたり支払いに近い方式)



(参考) 診断群分類の総数の変遷

改定時期	MDC数(※1)	傷病名数	DPC総数	うち包括対象DPC数(※2)
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	<u>18</u>	<u>504</u>	<u>2,873</u>	<u>2,309</u>

※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

I DPC制度の概要

- 1 DPC制度に関するこれまでの経緯
- 2 制度概要
- 3 「診断群分類点数表」について
- 4 「医療機関別係数」について

医療機関別係数について

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。

基礎係数(医療機関群 I 群～III群)について

- 医療機関の基本的な診療機能を評価する係数であり、診療機能(施設特性)を反映させるため、医療機関群(I 群～III群)に分類して評価している。

I 群 (大学病院 院本院) 80病院	II 群 (大学病院 本院に準 じる病院) 99病院	III 群 (I 群・II 群以外) 1,406病院
----------------------------------	--	--------------------------------------



II 群病院の選定にかかる実績要件(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)

- 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

【実績要件2】 医師研修の実施

【実績要件3】 高度な医療技術の実施

【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施

基礎係数の具体的な算出方法

[各病院群の基礎係数(平成26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}]
+ [消費税増税にかかる対応分]} / [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26年度改定では(1-0.0126)となる。
- *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)	80	1.1351
DPC病院Ⅱ群(Ⅰ群に準ずる病院)	99	1.0629
DPC病院Ⅲ群	1406	1.0276
合計	1585	1.0464

(参考) 調整係数の役割

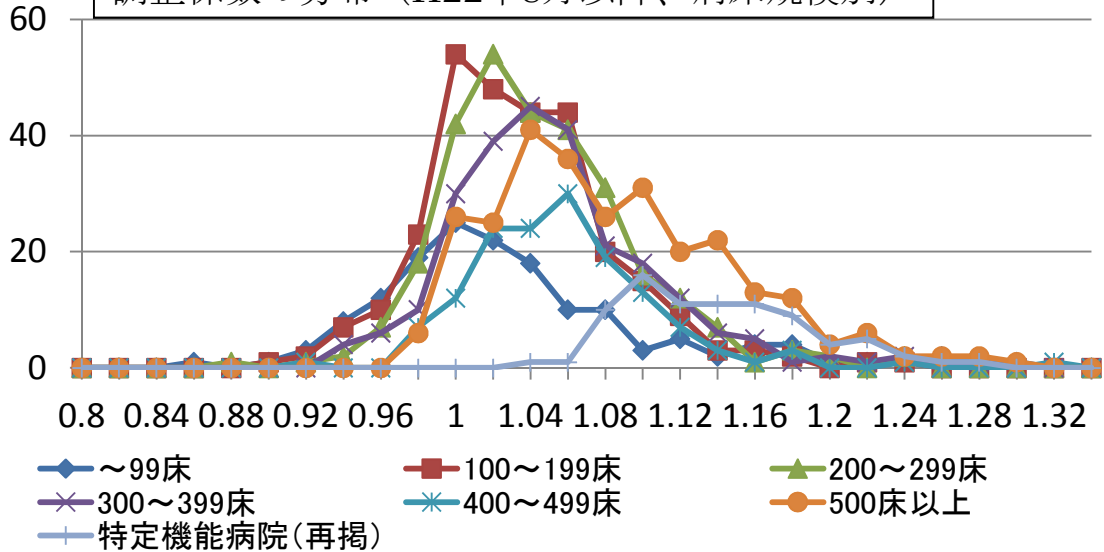
施設特性の反映

○ 診療内容のバラつきが、施設の規模や施設の持つ診療特性との間で、一定の関連のあることが示唆されている。

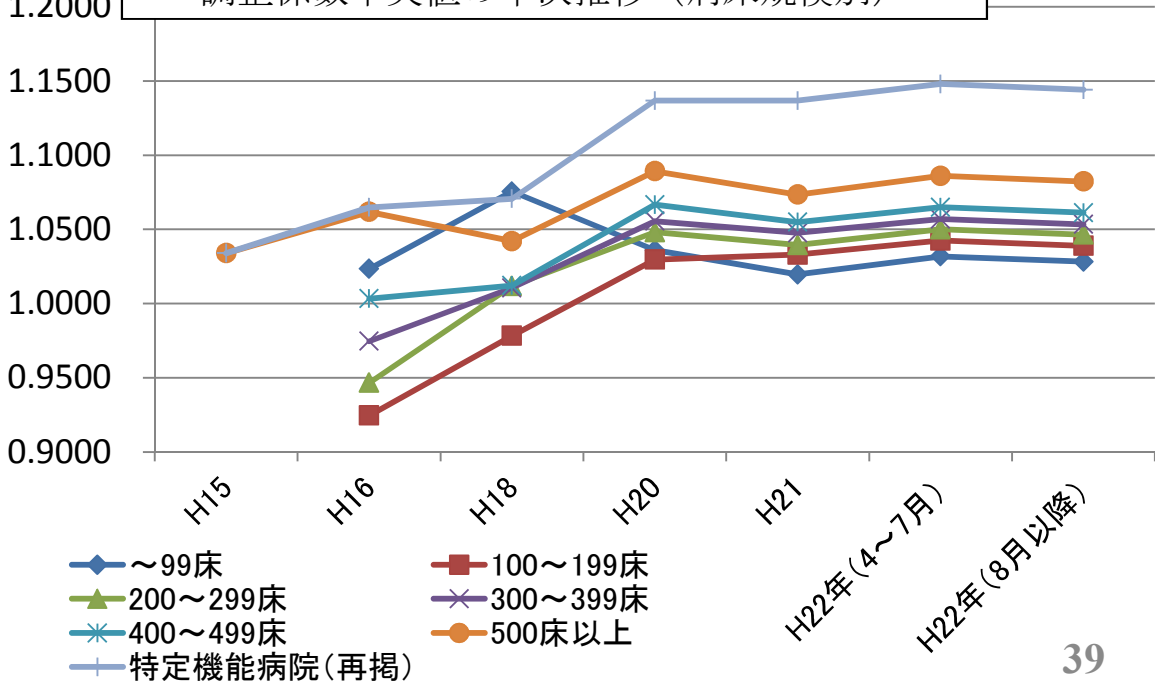
例えば、特定機能病院は他の病院との比較で施設ごと調整係数が高い傾向にあり、これは概ね、平均的な診療密度（＝包括範囲に該当する出来高相当の平均診療報酬点数）の多寡に相当すると考えられる。

○ 同様に、施設の病床規模に応じて調整係数の大きさが影響を受けていることから、施設のもつ体制や診療特性がこれらに何らかの形で反映されていることが示唆されている。

調整係数の分布（H22年8月以降、病床規模別）



調整係数中央値の年次推移（病床規模別）

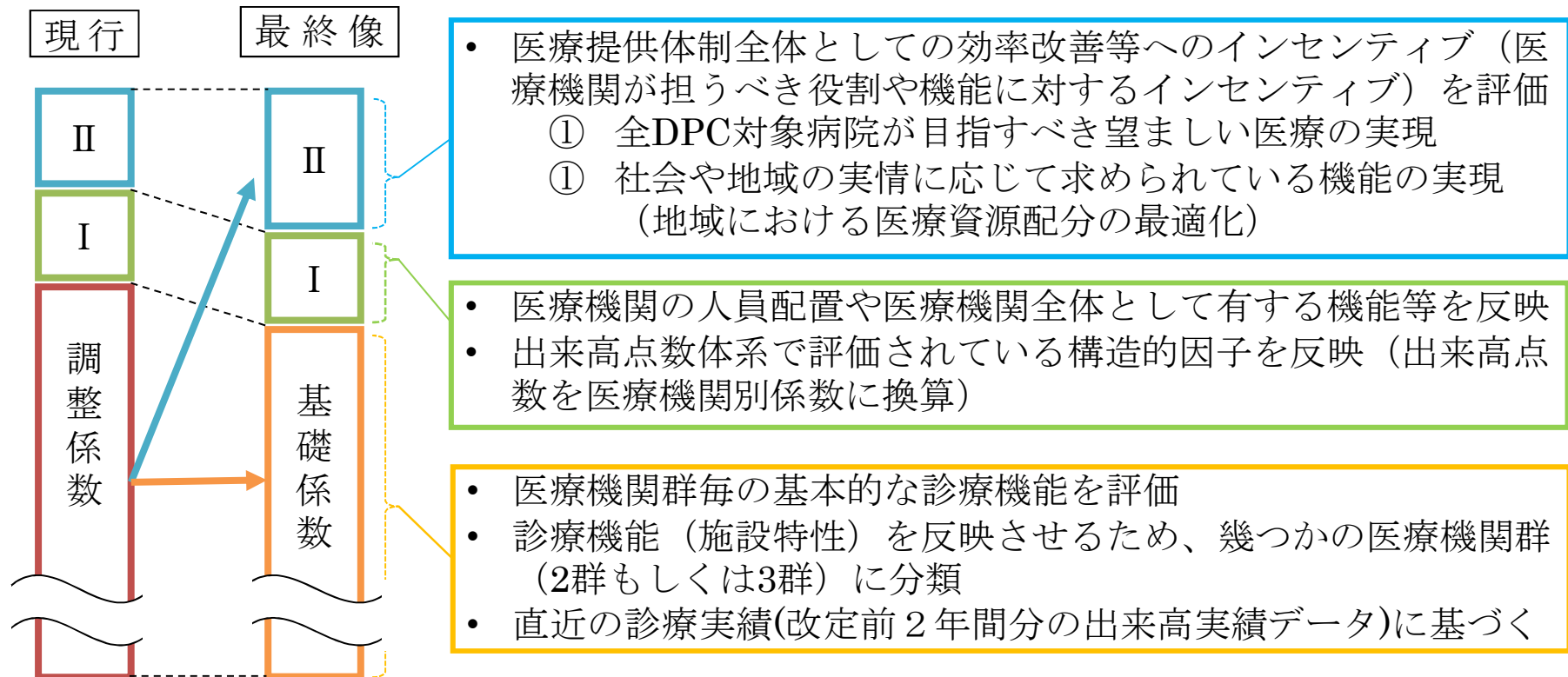


(参考) 調整係数見直し (基礎係数への置換え) の概要

平成23年11月18日
中医協総会 総-2-2

DPC/PDPSの定額報酬の算定における現行の調整係数について、今後の段階的な経過措置を経て、最終的に基礎係数と機能評価係数Ⅱに置き換える。この場合の基礎係数は、基本的な診療機能を評価した係数部分であり、直近の診療実績に基づき、1件当たりの平均出来高相当点数を算出評価する。

<最終像のイメージ>



基礎係数の設定については、DPC/PDPS参加病院の診療機能（施設特性）を適切に反映させるため、幾つかの医療機関群別に算出する定数値（当該医療機関群全体に係る1件あたり平均出来高点数に相当）とする。

(参考) 医療機関群別に基礎係数を設定する理由

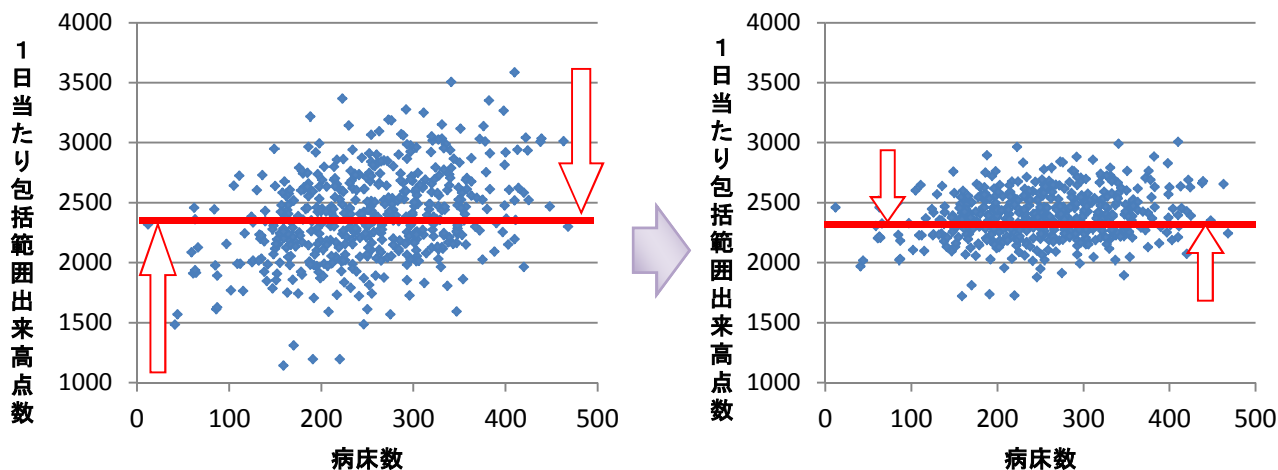
平成23年11月18日
中医協総会 総-2-2

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。

例えば、より重症な患者への対応やより先進的な技術の実践といった、他の施設とは異なる機能や役割を担う医療機関に、他と同程度の効率化・標準化を求めることは、これらの役割や機能を担うインセンティブがなくなってしまう懸念がある。

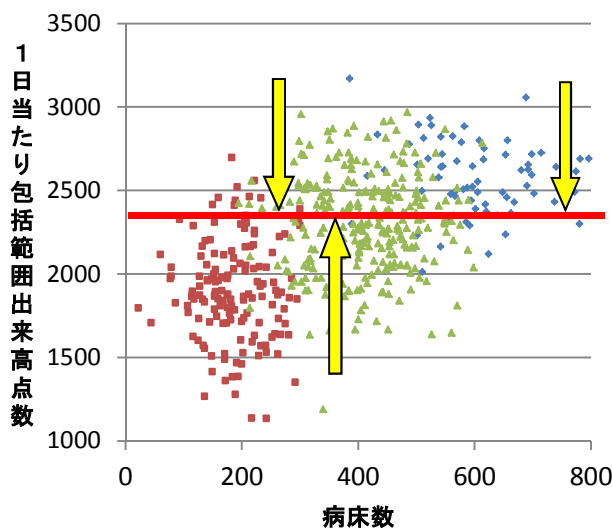
このような弊害に対応するため、一定の合理的な役割や機能の差が認められる医療機関について、基礎係数を分けて設定することが妥当と考えられる(医療機関群に対応した基礎係数の設定)。

<効率化・標準化の進展のイメージ>

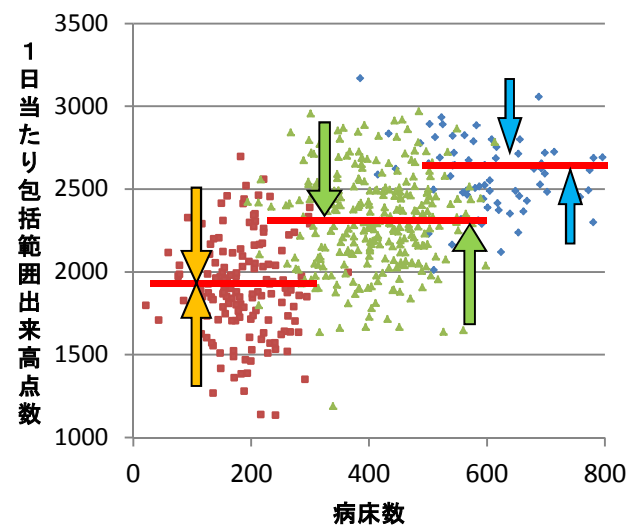


<基礎係数設定のイメージ>

【単一医療機関群】

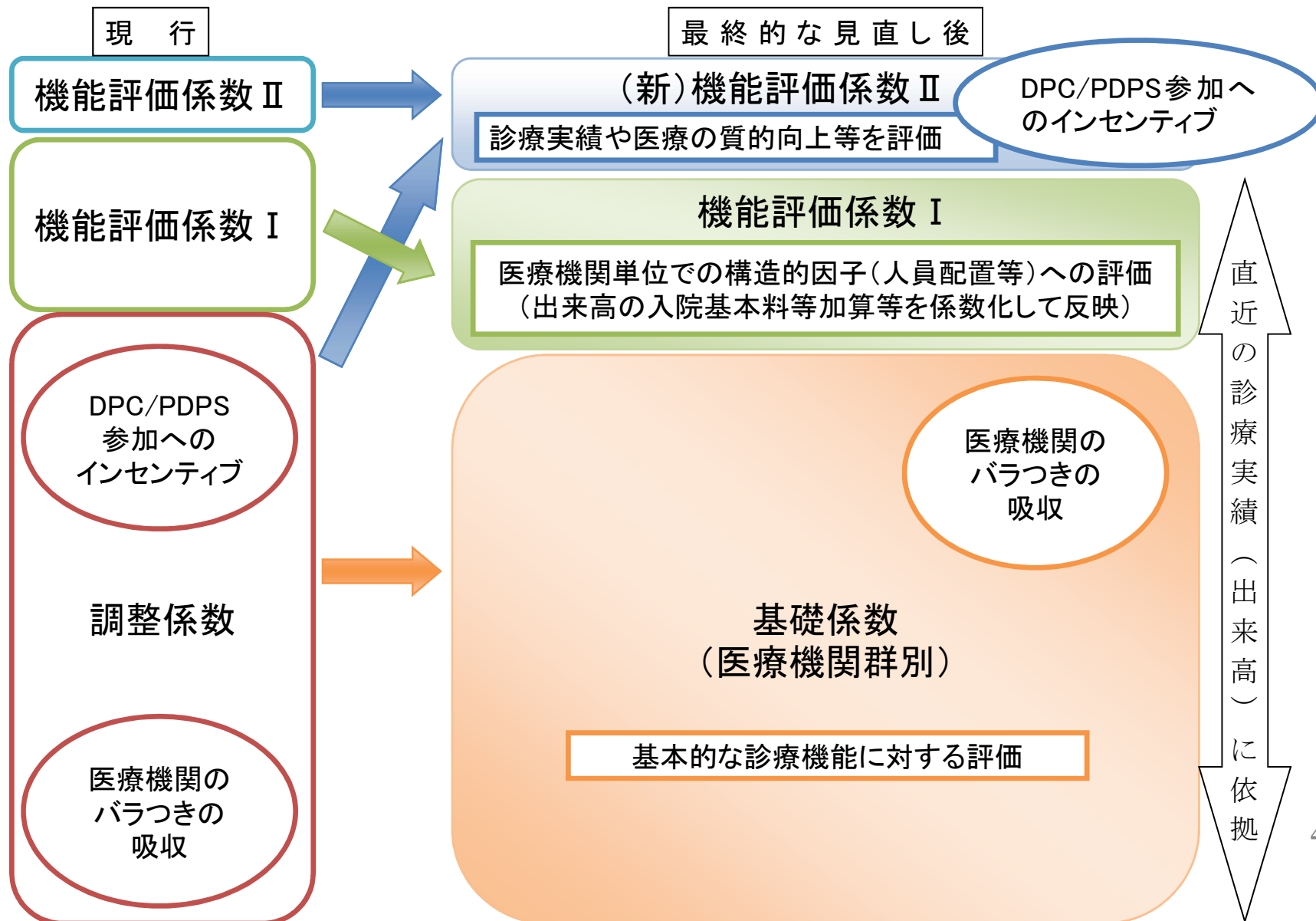


【医療機関群ごと】



● 医療機関タイプA ● 医療機関タイプB ● 医療機関タイプC ● 医療機関タイプA ● 医療機関タイプB ● 医療機関タイプC

【イメージ図】DPC/PDPS調整係数見直し後の医療機関係数のあり方



機能評価係数 I

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

機能評価係数 I

「入院基本料等加算」と「機能評価係数 I」の関係

機能評価係数 I として評価

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
		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
		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
		A207-4	看護職員夜間配置加算
		A213	看護配置加算
	地域特性の評価	A214	看護補助加算
		A218	地域加算
	特殊病室の評価	A218-2	離島加算
		A224	無菌治療室管理加算
		A225	放射線治療病室管理加算
療養環境の評価	A229	精神科隔離室管理加算	
	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

- 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インセンティブ(医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ)を評価したものであり、具体的には7つの係数として評価している。
- 機能評価係数Ⅱのうち、保険診療係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数については、各医療機関群毎に評価設定されている。

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
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
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
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
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
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)
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。

機能評価係数Ⅱにおける指数・係数の考え方

各医療機関ごとに「指数」を算出し、変換処理を行って「係数」を算出する。

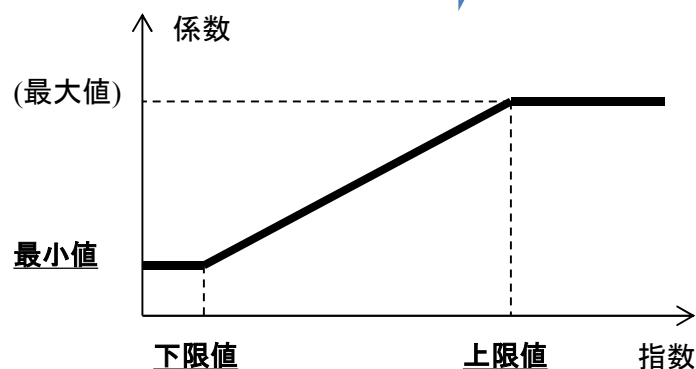
「〇〇指数」

各指標に応じた、各医療機関のDPC制度参加病院と比較した相対評価を決める数値

(例: 後発医薬品 指数)	
医療機関A	0.62
医療機関B	0.15
医療機関C	0.41
医療機関D	0.34
医療機関E	0.28

後発医薬品の使用割合(%)

変換処理



「〇〇係数」

包括範囲の報酬を規定する数値

(例: 後発医薬品 係数)	
医療機関A	0.0142
医療機関B	0.0032
医療機関C	0.0114
医療機関D	0.0089
医療機関E	0.0062

DPC／PDPSにおける調査について

DPC／PDPSに係る調査は、以下に分類される。

「退院患者調査」

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。

「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(アンケート調査、ヒアリング調査等)。

退院患者調査について

- ・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。
- ・当該調査結果(いわゆる「DPCデータ」)に基づき、「診断群分類点数表」の設定、「医療機関別係数」の設定等が行われる。

様式名	内容	説明
様式1	簡易診療録情報	カルテのサマリーのような情報。
様式3	施設情報(月1回提出)	届出されている入院基本料等に関する情報。
様式4 (※)	医科保険診療以外の診療情報	保険以外診療(公費、先進医療等)の実施状況に関する情報。
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	DPCレセプトの情報。
EF統合ファイル	医科点数表に基づく出来高点数情報	出来高レセプトの情報。
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	外来の出来高レセプトの情報。

(※ 平成27年度以降、様式4は様式1に統合される予定。)

DPC制度における定例報告(年1回)

1. 概要

- 機能評価係数Ⅱ等の医療機関別係数については、都道府県が行う事業への参加状況等を評価に反映しているが、都道府県・厚生局等への確認業務の円滑化を図る観点から、DPC対象病院及びDPC準備病院からの年1回の厚生局への別途様式による届出(「定例報告」)に基づき、**10月1日時点での参加状況等を確認した上で、翌年度の評価に反映**している。

2. 報告内容(案)

(1) 施設基準の届出状況

(2) 都道府県が行う事業への参加状況

- ① 地域がん登録(登録件数)
- ② 救急医療(病院群輪番制への参加、共同利用型病院の施設、救命救急センター)
- ③ 災害時の医療(災害拠点病院の指定、災害派遣医療チーム(DMAT)の指定、広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への参加状況)
- ④ へき地の医療(へき地医療病院の指定、社会医療法人許可におけるへき地医療の要件(へき地診療所への医師派遣実績、へき地順回診療の実績))
- ⑤ 周産期医療(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認定)
- ⑥ がん診療連携拠点病院(がん診療連携拠点病院の指定、都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定)

(3) その他

- ① 病床数(DPC算定病床数)等

Ⅱ 平成26年度診療報酬改定 について(DPC制度)

1. 基本方針（改定全体の方針を踏まえた対応）
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. 「算定ルール等」の見直し
5. 「退院患者調査」の見直し

Ⅱ 平成26年度診療報酬改定 について(DPC制度)

1. 基本方針（改定全体の方針を踏まえた対応）
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. 「算定ルール等」の見直し
5. 「退院患者調査」の見直し

平成26年度診療報酬改定における DPC制度に係る改定の基本的な方針

平成26年2月12日
中医協総会 総-1

1. 平成15年度に導入されたDPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）は、これまで診療報酬改定の際に必要な見直しを行っており、今回の改定においても、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる。
2. 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3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への置換えを進める。

平成26年度診療報酬改定における DPC制度に係る改定の基本的な方針

平成26年2月12日
中医協総会 総-1

4. 機能評価係数Ⅱについては、現行の6項目に新たに「後発医薬品係数」を追加した7項目を基本として必要な見直しを行う。また、その際、項目に応じて各医療機関群の特性を踏まえた評価を行う。
5. 算定ルール等については、同一疾患で再入院した際の取扱い、入院時の持参薬の取扱いについて、必要な見直しを行う。
6. DPC導入の影響評価に係る調査(退院患者調査)については、全DPC対象病院において外来診療に係るデータの提出を必須化する等、必要な見直しを行う。

短期滞在手術等入院料3に係る対応

出来高報酬体系における「短期滞在手術等入院料3」の対象となる手術・処置等が従来の「小児ヘルニア手術」以外で**多数追加**されたことを踏まえ、DPC/ PDPSにおいて下記の対応を行う。

① 「厚生労働大臣が定める包括対象外の患者（5号告示）」における対応

⇒ 当該告示において、短期滞在手術等入院料3の算定対象となる患者をDPC包括対象外として定める。

② 「診断群分類点数表」における対応

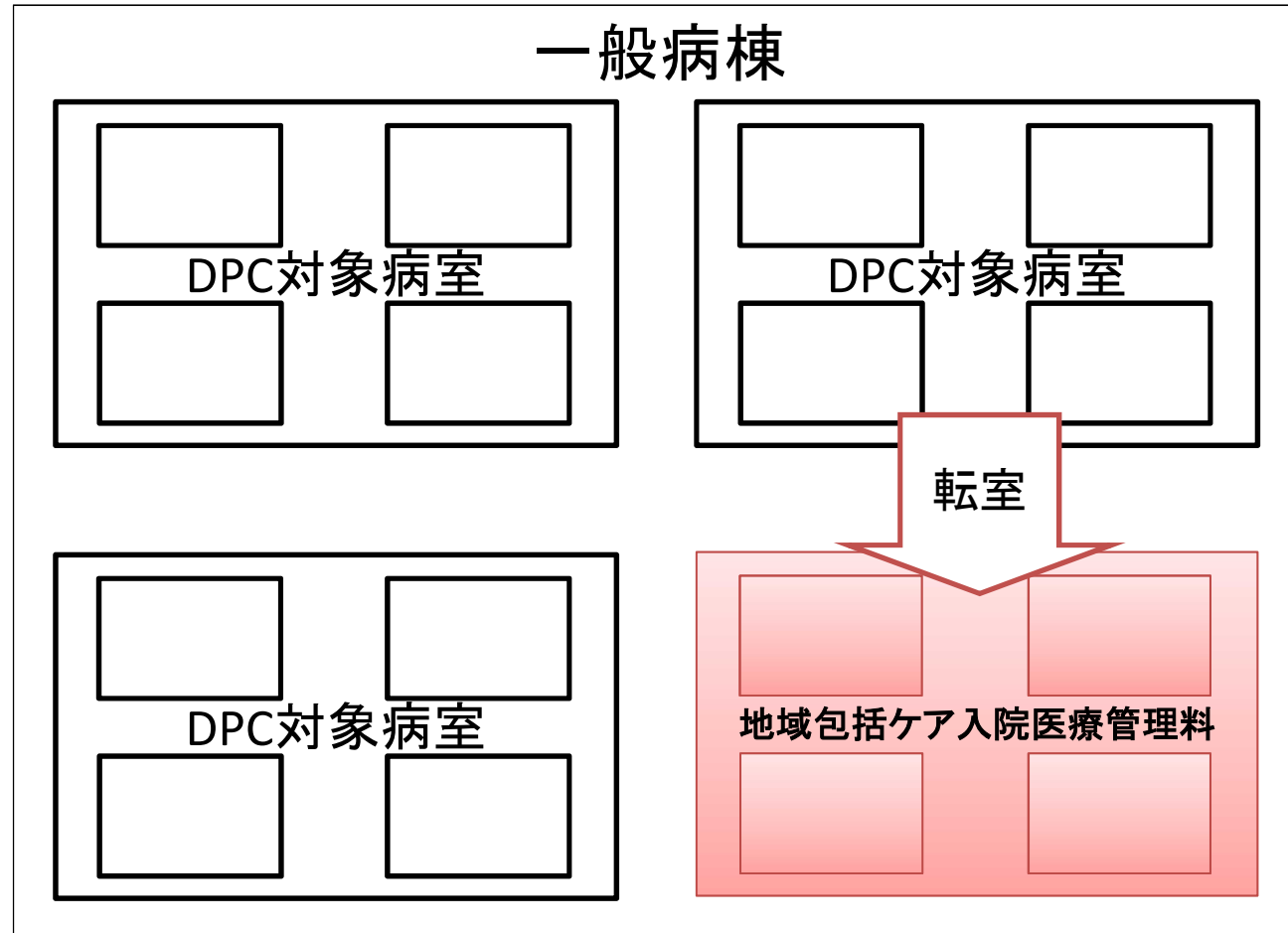
⇒ 当該診断群分類において、ほとんどの症例で「短期滞在手術等入院料3」によって算定されると考えられる診断群分類は、包括対象外とする。

K008	腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術
K093-2	関節鏡下手根管開放手術
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
K282	水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合ロその他のもの
K282	水晶体再建術 2眼内レンズを挿入しない場合
K474	乳腺腫瘍摘出術 1 長径5cm未満
K617	下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
K617	下肢静脈瘤手術 2 硬化療法
K617	下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
K633	ヘルニア手術 5 兎径ヘルニア(15歳未満)
K633	ヘルニア手術 5 兎径ヘルニア(15歳以上)
K634	腹腔鏡下兎径ヘルニア手術
K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2cm未満
K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2cm以上
K743	痔核手術 2 硬化療法(四段階注射法)
K867	子宮頸部(腔部)切除術
K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術
D237	終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合
D237	終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合
D237	終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合
D291-2	小児アレルギー負荷検査
D413	前立腺針生検法

全体の改定方針を踏まえた対応

地域包括ケア入院医療管理料にかかる算定ルール

A308-3 地域包括ケア入院医療管理料1・2を算定する病室に転室する場合に適用される。



直前にDPC算定
病床に入院して
から転床した場
合は、特定入院
期間中について
**DPC包括算定を
継続**する。

※ なお、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟する場合、療養病棟において地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室する場合は、当該規定は適用されない。

平成26年度診療報酬改定における DPC制度に係る改定の基本的な方針①

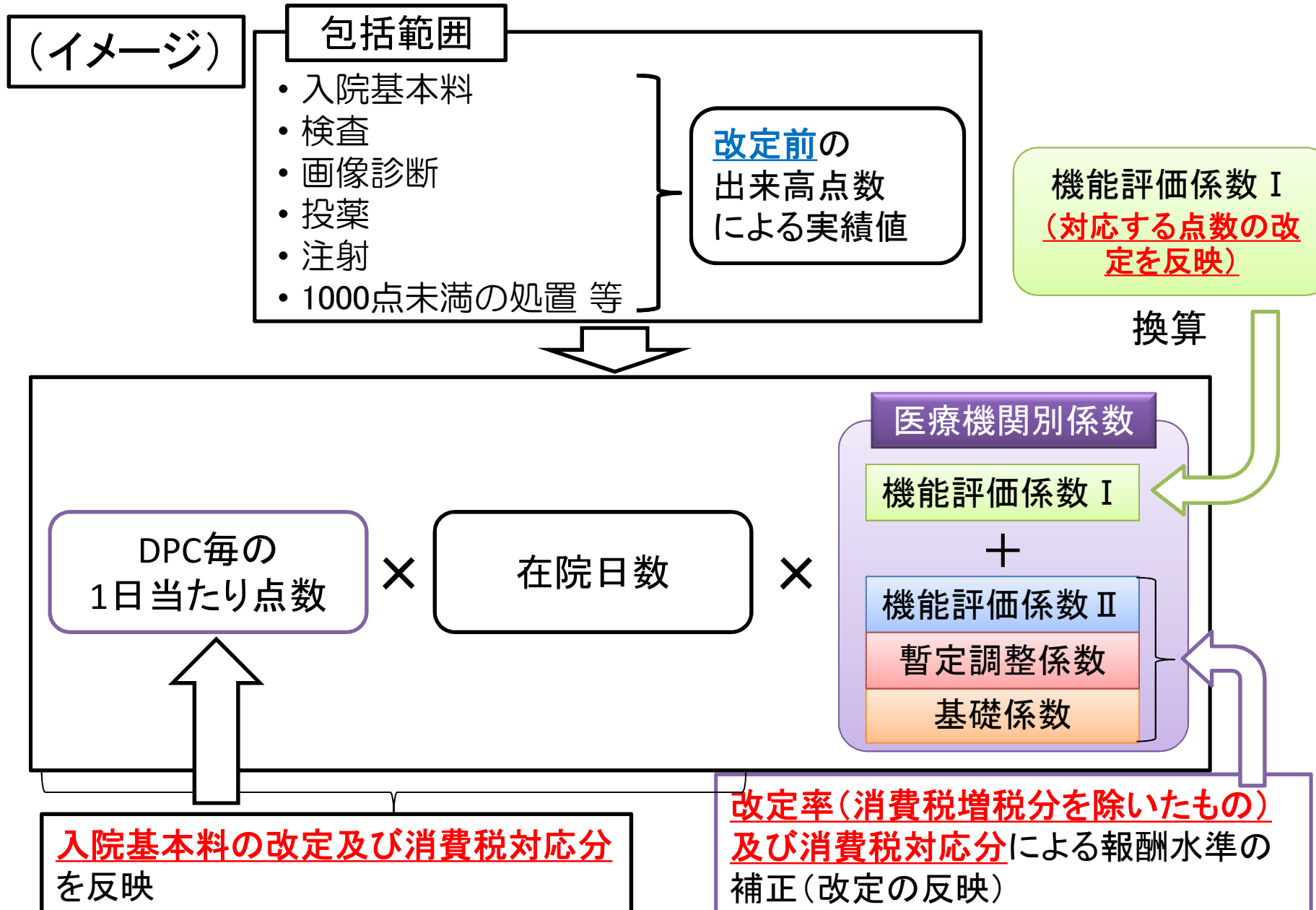
第2 具体的な内容

平成26年2月12日
中医協総会 総-1

1. 入院基本料等の見直し等の反映

- (1) 急性期入院医療の評価の見直しに伴う入院基本料等の見直しについては、診断群分類点数表の設定（改定）において実態に即して反映させる。
- (2) 診療報酬改定後の包括範囲に係る報酬水準（但し、機能評価係数Ⅰに係るものを除く）については、診療報酬改定前の当該水準に改定率（消費税増税に係る対応分を除いたもの）を乗じたものとし、医療機関別係数の計算において反映させる。
- (3) また、消費税増税に係る対応として、入院料、薬価等の出来高報酬体系における消費税増税に係る対応を踏まえ、各項目の引き上げ分に相当する引き上げ額を前年度の包括範囲出来高実績に基づいて算出し、医療機関別係数の計算および診断群分類点数表の設定において反映させる。

入院基本料等の見直し等の反映



DPC／PDPSにおける消費税増税への対応

- 消費税増税に係る対応として、入院料、薬価等の出来高報酬体系における消費税増税に係る対応を踏まえ、各項目の引き上げ分に相当する引き上げ額を前年度の包括範囲出来高実績に基づいて算出し、医療機関別係数の計算および診断群分類点数表の設定において反映させる。

【入院基本料等の引き上げにかかる対応分】

消費税増税に係る対応によって医科点数表に上乘せされる点数分に応じて算出する。

【薬剤・材料費にかかる対応分】

薬剤費については、

〔「包括範囲出来高実績による薬剤費」 × (1 - 平均乖離率) × 3/105〕

によって算出する。

材料費(特定保険医療材料分)についても同様に算出する。

診断群分類A

入院料	その他	薬剤費	材料費
-----	-----	-----	-----

診断群分類B

入院料	その他	薬剤費	材料費
-----	-----	-----	-----

診断群分類C

入院料	その他	薬剤費	材料費
-----	-----	-----	-----

入院料、薬剤費、材料費の内訳をDPCデータにより算出
⇒ 診断群分類ごとに消費税上乘せ分を設定

Ⅱ 平成26年度診療報酬改定 について(DPC制度)

1. 基本方針（改定全体の方針を踏まえた対応）
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. 「算定ルール等」の見直し
5. 「退院患者調査」の見直し

調整係数の見直しに係る対応と経過措置

調整係数見直しに係る経過措置

平成26年2月12日
中医協総会 総-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3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50%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〕＝

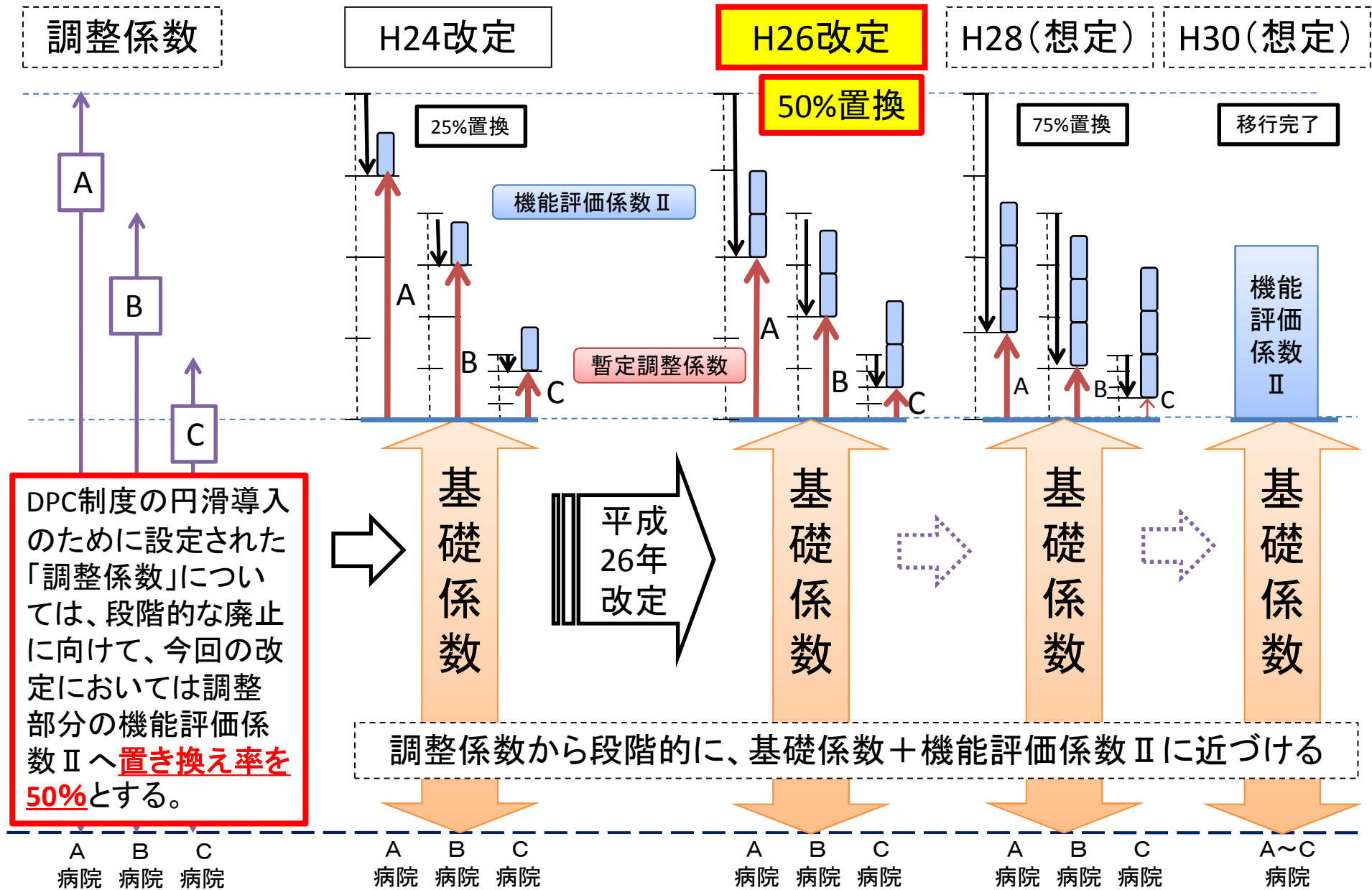
〔医療機関Aの調整係数(※)〕

－〔医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数〕) × 0.5

※「調整係数」は制度創設時(平成15年)の定義に基づく

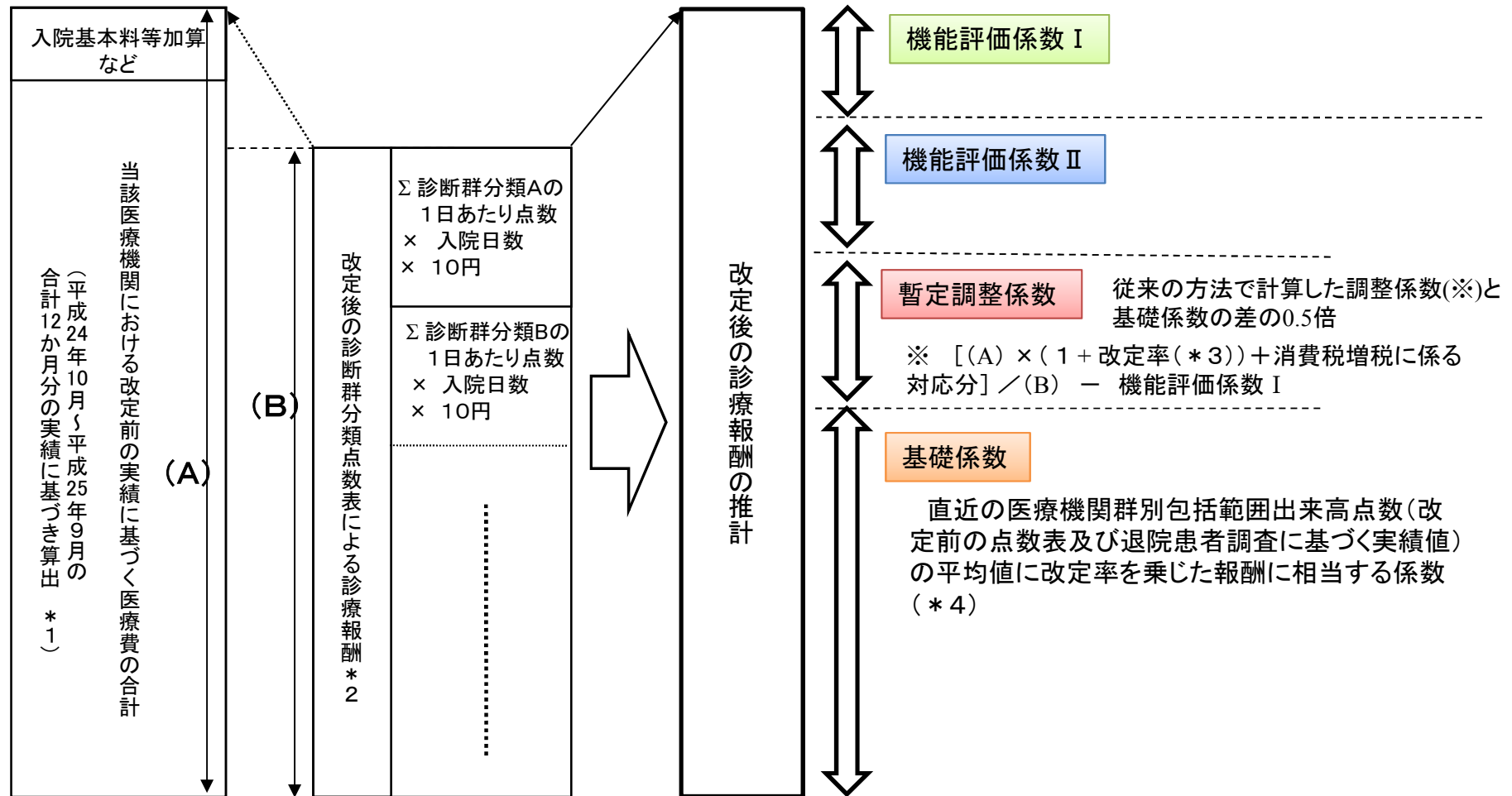
- ② 制度全体の移行措置に伴う個別の医療機関別係数の変動についても、激変緩和の観点から一定の範囲内(医療機関係数別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)に基づき、**2%を超えて変動しない範囲)**となるよう**暫定調整係数を調整**する措置も併せて講ずる。

「調整係数」から「基礎係数」+「機能評価係数Ⅱ」への移行



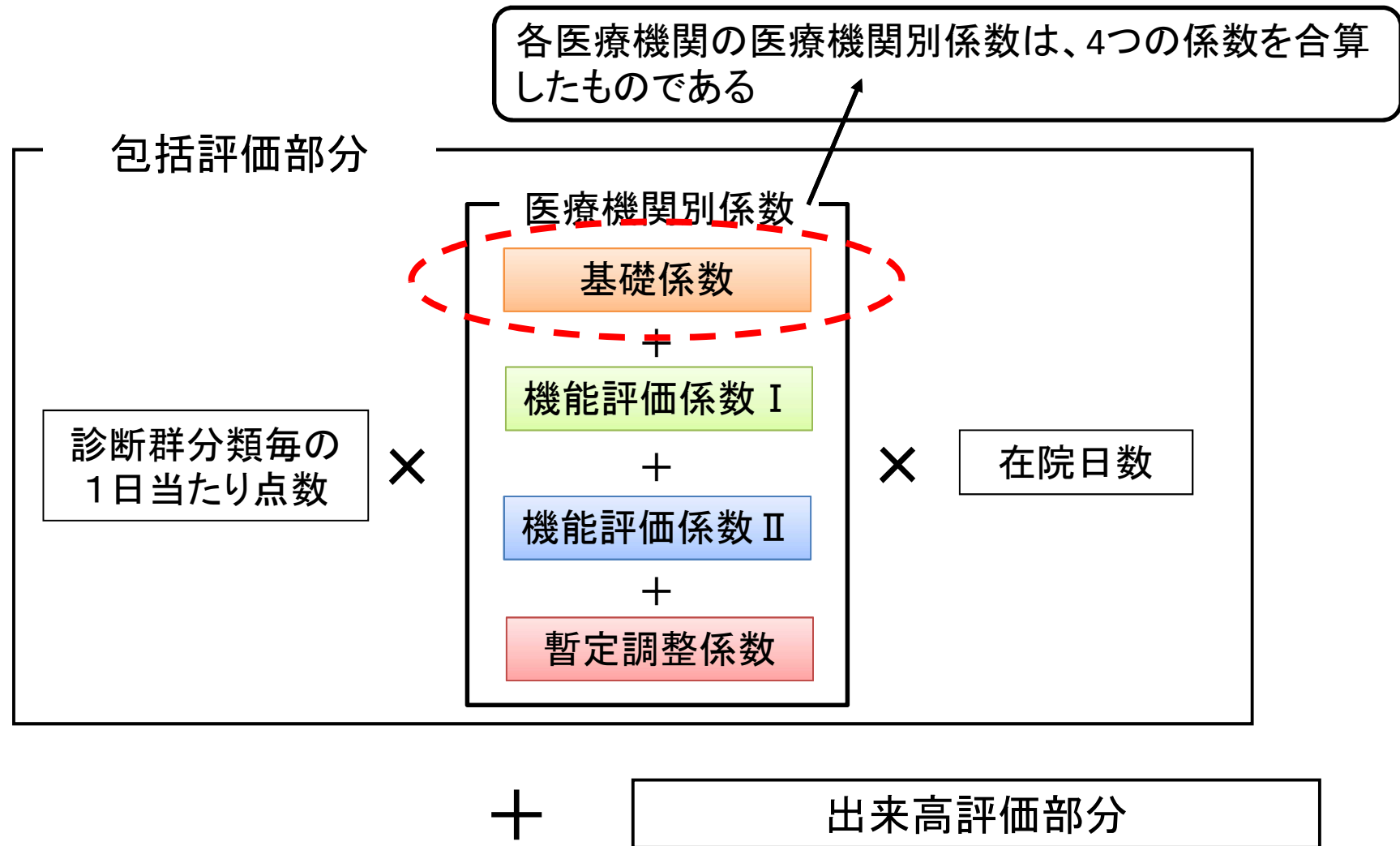
医療機関別係数の設定方法等(平成26年改定)

$$\text{医療機関別係数} = \text{「機能評価係数Ⅰ」} + \text{「機能評価係数Ⅱ」} + \text{「暫定調整係数」} + \text{「基礎係数」}$$



- *1 改定前の実績に基づく医療費の合計には、平成26年度診療報酬改定における入院基本料や包括範囲の見直し等を反映している。
- *2 改定後の診断群分類による診療報酬については、当該医療機関における平成24年10月から平成25年9月の入院実績に基づき算出している。
- *3 消費税増税にかかる対応分を除いている。
- *4 消費税増税にかかる対応分を加味して算出している。

DPC制度における「基礎係数」



基礎係数(医療機関群 I 群～Ⅲ群)

平成26年2月12日
中医協総会 総一1

(2) 基礎係数(医療機関群の設定等)に係る対応

医療機関群については、「DPC病院Ⅰ群」～「DPC病院Ⅲ群」の3群による構成を引き続き維持することとし、「DPC病院Ⅱ群」の選定に係る実績要件について必要な見直しを行う。なお、各要件の基準値(カットオフ値)は、前年度のDPC病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。



Ⅱ群病院の選定にかかる実績要件(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)

・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。

	見直しの概要
【実績要件1】 診療密度	変更なし
【実績要件2】 医師研修の実施	基幹型臨床研修病院の採用実績によって算出する。
【実績要件3】 高度な医療技術の実施	外保連試案(第8.2版)を用いて算出する。 複数手術が実施された場合は、最も難度が高い手術で算出する。
【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施	変更なし

基礎係数の具体的な算出方法

[各病院群の基礎係数(平成26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}]
+ [消費税増税にかかる対応分]} / [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26年度改定では(1-0.0126)となる。
- *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)	80	1.1351
DPC病院Ⅱ群(Ⅰ群に準ずる病院)	99	1.0629
DPC病院Ⅲ群	1406	1.0276
合計	1585	1.0464

基礎係数（Ⅱ群の選定に係る実績要件）

【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）局へ届け出ている届出病床総数（許可病床数）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して取り扱う。

【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（全国平均値）

「(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。

基礎係数（Ⅱ群の選定に係る実績要件）

（続き）【実績要件3】：高度な医療技術の実施

（※）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。
- 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1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3、手術時間数3の手術は $7.01 \times 3 = 21.03$
 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。

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

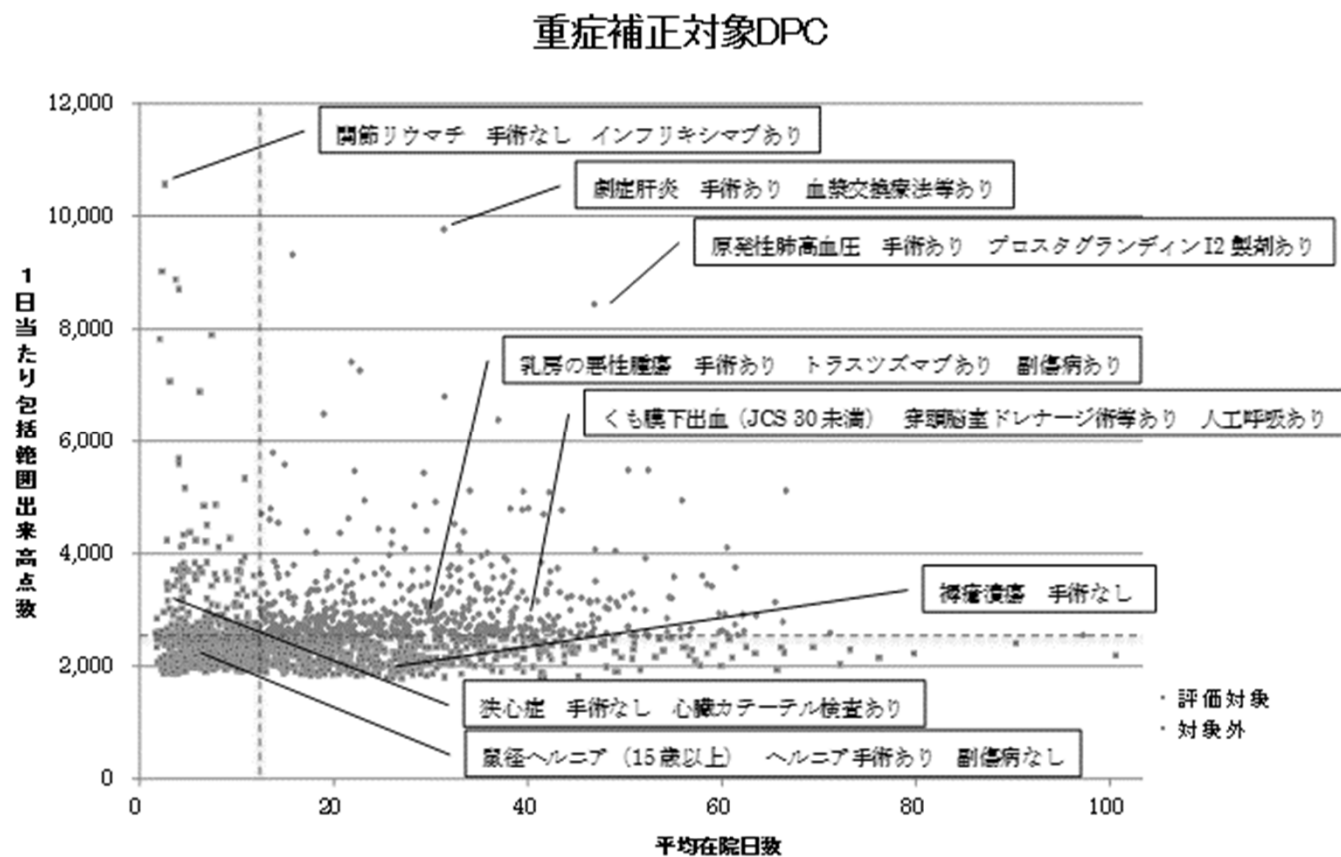
- 外保連試案と結びつけられなかったKコード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- 1つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を1つに絞り混んで対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。

基礎係数(Ⅱ群の選定に係る実績要件)

【実績要件4】:重症患者に対する診療の実施

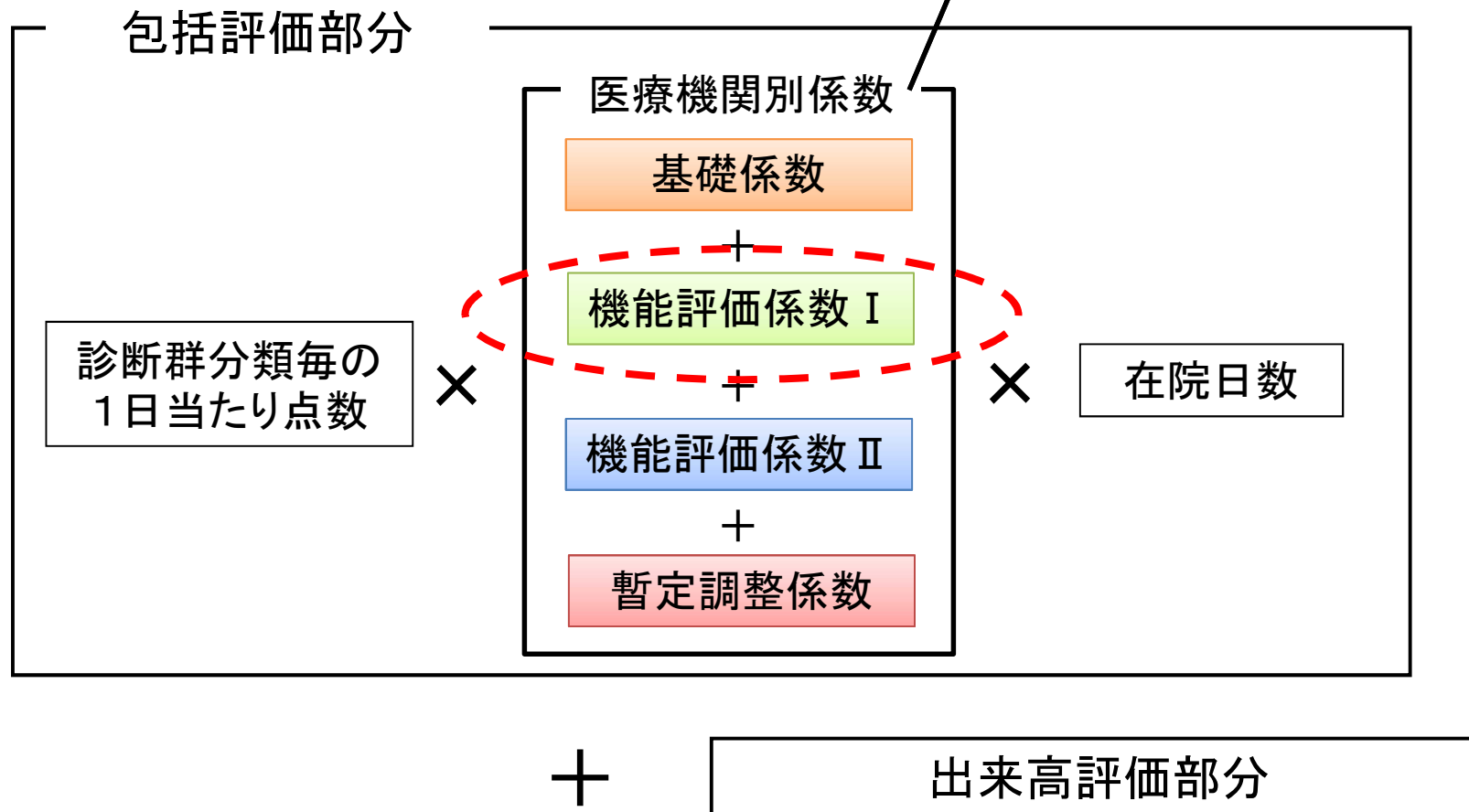
重症患者に対する診療の実施 = [複雑性指数(重症DPC補正後)]

- 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。



DPC制度における機能評価係数 I

各医療機関の医療機関別係数は、4つの係数を合算したものである



機能評価係数 I の見直しの概要

平成26年2月12日
中医協総会 総-1

3. 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。

(3) 機能評価係数 I の見直し

従前の評価方法を継続し、その他の入院基本料等加算の見直し等について、必要に応じて機能評価係数 I に反映させる。

1. 「入院基本料の差額」にかかる評価

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。

新規に評価対象となったもの

看護職員夜間配置加算

平均超過勤務減算

栄養管理体制減算 等

2. 「入院基本料等加算」にかかる評価

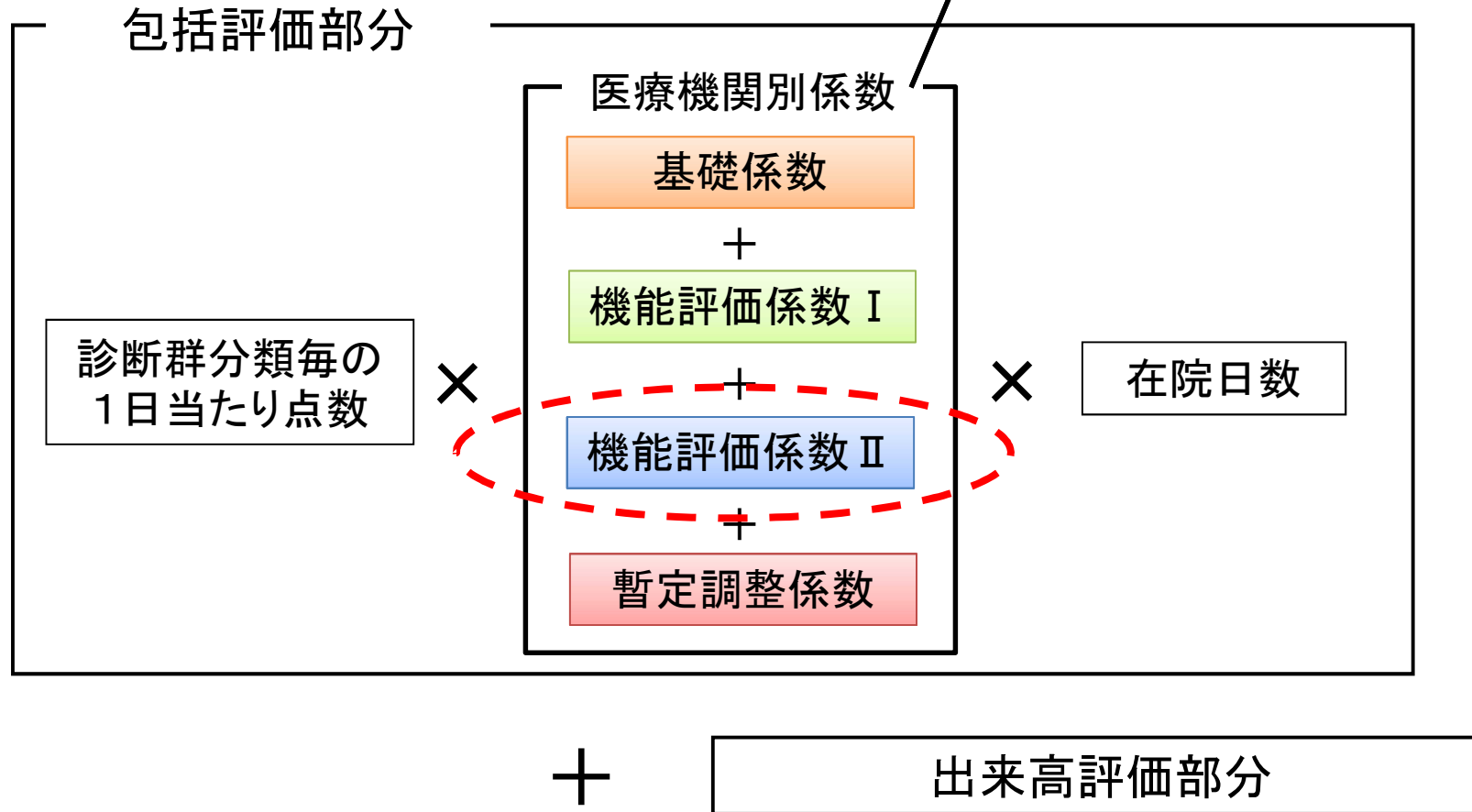
当該医療機関において全入院患者が算定すると考えられる加算について評価する。

評価対象外としたもの

患者サポート充実体制加算

DPC制度における機能評価係数Ⅱ

各医療機関の医療機関別係数は、4つの係数を合算したものである



機能評価係数Ⅱの見直し

平成26年2月12日
中医協総会 総-1

- ① 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。
- ② 現行の評価項目（6指数）に加え、後発医薬品指数を追加した7指数により評価を行う。また、データ提出指数、救急医療指数、地域医療指数について必要な見直しを行う。
- ③ 機能評価係数Ⅱの各指数から各係数への変換に際しては、各指数の特性や分布状況を踏まえ、適切な評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値を設定する。

機能評価係数Ⅱの基本的な考え方

平成25年10月16日
中医協総会 総-3-1

- 平成26年改定における機能評価係数Ⅱの基本的な考え方については、平成24年改定における考え方を引き続き維持することとする。

① 機能評価係数Ⅱの基本的考え方

- 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を評価する。
- 具体的には、機能評価係数Ⅱが評価する医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブとして次のような項目を考慮する。なお、係数は当該医療機関に入院する全DPC対象患者が負担することが妥当なものとする。

1) 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

<主な視点>

- 医療の透明化（透明化）
- 医療の質的向上（質的向上）
- 医療の効率化（効率化）
- 医療の標準化（標準化）

2) 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現（地域における医療資源配分の最適化）

<主な視点>

- 高度・先進的な医療の提供機能（高度・先進性）
- 総合的な医療の提供機能（総合性）
- 重症者への対応機能（重症者対応）
- 地域で広範・継続的に求められている機能（5疾病等）
- 地域の医療確保に必要な機能（5事業等）

② 具体的方法

- 中医協の決定に基づき一定の財源を各係数毎に按分し、各医療機関の診療実績等に応じた各医療機へ配分額を算出する。最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算する。
- 原則としてプラスの係数とする。
- DPCデータを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かして、段階的な評価のみではなく、連続的な評価も考慮する。
- 評価に当たっては、診療内容への影響を考慮しつつ、必要に応じて係数には上限値・下限値を設ける。

機能評価係数Ⅱの見直し

見直しの概要

平成26年2月12日
中医協総会 総-1(改)

改定前		平成26年改定後
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

- ①保険診療指数(現行の「データ提出指数」を見直した指数)
「データ提出指数」から「保険診療指数」に改称し、DPCデータの記載矛盾、レセプトの未コード化傷病名の使用率、適切な保険診療の普及のための取組に関する評価項目を追加する。
- ②効率性指数、③複雑性指数、④カバー率指数
現行の評価方法を継続する。
- ⑤救急医療指数
当該指数の評価対象となる患者をより公平に選定するため、重症な患者が算定する入院料等を算定している患者を評価対象とする。
- ⑥地域医療指数
地域医療計画等に基づく体制を評価(ポイント制)についても現状や都道府県の指摘も踏まえ見直しを行う。
- ⑦後発医薬品指数(新設)
当該医療機関の入院医療で使用される後発医薬品の使用割合(数量ベース)に基づく評価を行う。

機能評価係数Ⅱの見直し

機能評価係数Ⅱ（6項目）の見直しの概要（1）

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)
1)データ提出 指数 → 保険診療 指数	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	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加算又は減算する。 ①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） 「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点減算する。 ② 適切なDPCデータの提出（様式間の記載矛盾による評価） 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0.05点減算する。 i 様式1の親様式・子様式 データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）の矛盾 ii 様式1とEFファイル 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 iii 様式4とEFファイル 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 iv 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 ③ 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 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0.05点減算する。 ④ 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） 毎年10月1日時点において、当該医療機関において下記を満たす場合、当該評価を0.05点加算する。 ・規定の手順により、当該医療機関から出向して以降6か月以上指導医療官として勤務している者がいる場合（ただし、1年以上在籍しない場合は実績と見なさない） ・規定の手順により指導医療官として勤務後、大学病院に復帰した日から1年以内の者がいる場合（ただし、復帰後に当該医療機関において保険診療の教育に携わっていない場合は実績と見なさない） （※平成27年度は、募集開始の際に応募し採用された者がいる医療機関を評価対象とする）
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。

機能評価係数Ⅱの見直し

機能評価係数Ⅱ（6項目）の見直しの概要（2）

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)
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(一入院あたり)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	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] 救急医療管理加算2に相当する症例は、加算1に相当する症例の半分の比重によって評価 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 「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 ・「A205救急医療管理加算」 ・「A300救命救急入院料」 ・「A301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」 ・「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」 ・「A301-4小児特定集中治療室管理料」 ・「A302新生児特定集中治療室管理料」 ・「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】 「救急医療入院」の患者

機能評価係数Ⅱの見直し

機能評価係数Ⅱ（6項目）の見直しの概要（3）

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)													
6) 地域医療指数	<p>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)</p>	<p>以下の指数で構成する。</p> <p>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12項目、詳細は次ページの別表2参照)。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">地域医療指数(内訳)</th> <th style="text-align: center;">評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>① 体制評価指数 計12項目(各1ポイント) <u>I・II群は評価上限10ポイント</u> <u>III群は評価上限8ポイント</u></p> </td> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">1/2</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>② 定量評価指数</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1)</td> <td style="width: 50%;">小児(15歳未満)</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1)</td> <td style="width: 50%;">上記以外(15歳以上)</td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">1/4 1/4</td> </tr> </tbody> </table> <p>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7ポイントとする。</p> <p>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] 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。</p>	地域医療指数(内訳)		評価に占めるシェア	<p>① 体制評価指数 計12項目(各1ポイント) <u>I・II群は評価上限10ポイント</u> <u>III群は評価上限8ポイント</u></p>		1/2	<p>② 定量評価指数</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1)</td> <td style="width: 50%;">小児(15歳未満)</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1)</td> <td style="width: 50%;">上記以外(15歳以上)</td> </tr> </table>	1)	小児(15歳未満)	1)	上記以外(15歳以上)	1/4 1/4
地域医療指数(内訳)		評価に占めるシェア													
<p>① 体制評価指数 計12項目(各1ポイント) <u>I・II群は評価上限10ポイント</u> <u>III群は評価上限8ポイント</u></p>		1/2													
<p>② 定量評価指数</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1)</td> <td style="width: 50%;">小児(15歳未満)</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1)</td> <td style="width: 50%;">上記以外(15歳以上)</td> </tr> </table>	1)	小児(15歳未満)	1)	上記以外(15歳以上)	1/4 1/4									
1)	小児(15歳未満)														
1)	上記以外(15歳以上)														
7) <u>後発医薬品指数</u>	<p>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</p>	<p>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、<u>後発医薬品の数量シェア</u> (=[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。 (※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。) ※数量ベースで60%を評価上限とする。</p>													

機能評価係数Ⅱの見直し

<① 保険診療係数について>

① 保険診療指数 (従来の「データ提出指数」を見直した指数)

「データ提出指数」から「保険診療指数」に改称し、DPCデータの記載矛盾、レセプトの未コード化傷病名の使用率、適切な保険診療の普及のための取組に関する評価項目を追加する。

改定前

【名称】

データ提出指数

【評価項目】

1 「部位不明・詳細不明コード」
の使用割合

改定後

【名称】

保険診療指数 (改)

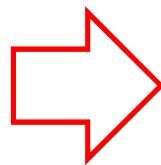
【評価項目】

1 「部位不明・詳細不明コード」の使
用割合

2 様式間の記載矛盾の割合 (新設)

3 未コード化傷病名による請求の割
合 (新設)

4 適切な保険診療の教育の普及に向
けた指導医療官の出向の評価 (I 群
のみ) (新設)



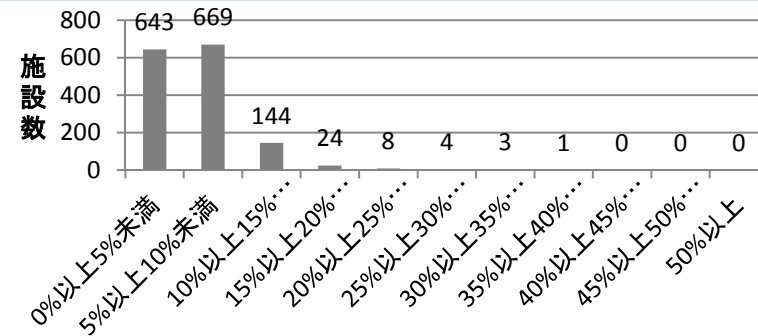
機能評価係数Ⅱの見直し

<① 保険診療係数について>

1 「部位不明・詳細不明コード」の使用割合

部位不明・詳細不明のICDコード(いわゆる「.9コード」)の割合が20%以上の場合、減算となる。(従来の評価を継続)

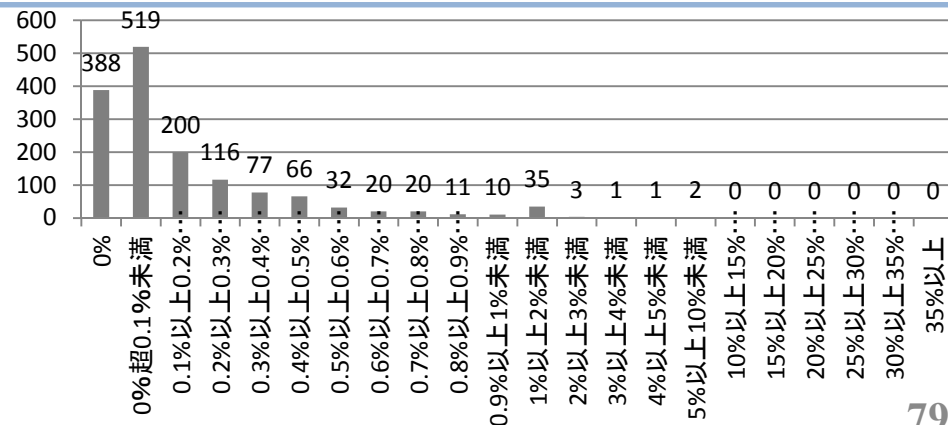
「部位不明・詳細不明のコード」は、標準病名マスターが対応していないこと等が原因で一定程度発生してしまう可能性があるという指摘があり、現時点では医療機関の努力のみで解決が難しい点もあることから、従来の評価基準「20%」を継続する。



2 様式間の記載矛盾の割合 (新設)

退院患者調査の様式間で矛盾のある記載があるデータが1%以上の場合、減算となる。

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。



機能評価係数Ⅱの見直し

<① 保険診療係数について>

3 未コード化傷病名による請求の割合（新設）

入院のレセプト（医科レセプト、DPCレセプト）において、未コード化傷病名の使用割合（※NDBデータを用いて算出）が**20%以上の場合、減算**となる。

【背景①：適切な傷病名コードの利用の推進】

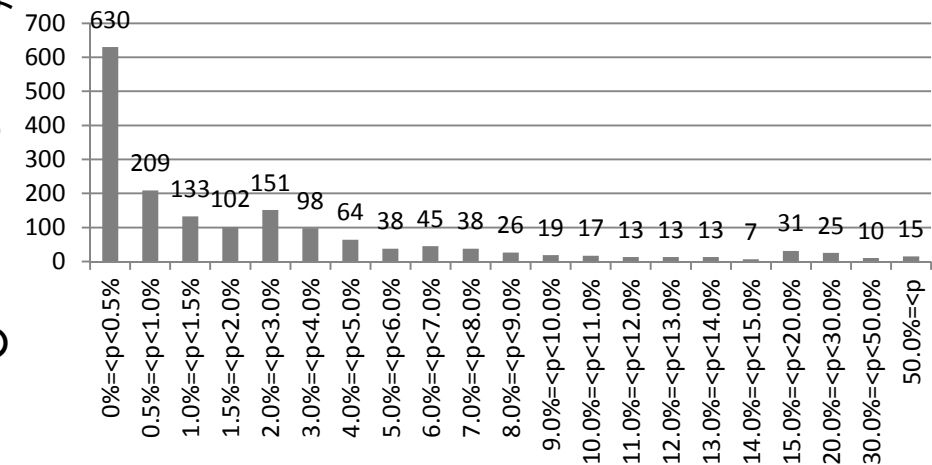
「規制改革推進のための3カ年計画（平成21年3月31日閣議決定）」に基づき、厚生労働省は原則として傷病名コードに記載された傷病名を用いたレセプトにより請求をするよう周知しているが、傷病名コードに記載されていない傷病名（いわゆる「未コード化傷病名」）の使用率は、全体としては減少傾向であるものの、依然として非常に高い医療機関がある。

【背景②：適切なICDコーディングの推進】

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。

（平成25年12月13日 中医協総会 総-1-1より）

（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）



機能評価係数Ⅱの見直し

<① 保険診療係数について>

4 適切な保険診療の教育の普及に向けた指導医療官の出向の評価（I群のみ）（新設）

【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出向させた場合加算する評価方法を導入する。

※ 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。

(※)「規定の手順」について

指導医療官の採用をどのような任用制度で行うかは、現在調整中。

(参考:任期付き職員法等)

平成26年1月22日
中医協総会 総-6

定例報告(毎年10月1日時点)において、当該医療機関において原則として下記を満たす場合に実績と見なすこととする(なお、「規定の手順」について現在調整を行っており、それに応じて下記についても必要な見直しを行う)

- 規定の手順により、当該医療機関から出向して以降6か月以上指導医療官として勤務している者がいる場合(ただし、1年以上在籍しない場合は実績と見なさない)
- 規定の手順により指導医療官として勤務後、大学病院に復帰した日から1年以内の者がいる場合(ただし、復帰後に当該医療機関において保険診療の教育に携わっていない場合は実績と見なさない)

機能評価係数Ⅱの見直し

<⑤ 救急医療指数について>

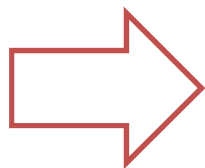
⑤救急医療指数

当該指数の評価対象となる患者をより公平に選定するため、救急医療管理加算との整合性を高めるため、救急医療管理加算を算定する患者(又は重症な患者が算定する特定入院料を算定している患者)を評価対象とする。

(なお、出来高報酬体系における「救急医療管理加算」の見直しに合わせ、評価の比重を調整する。)

(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。



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等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。

機能評価係数Ⅱの見直し

<⑥ 地域医療指数・体制評価指数の見直しイメージ>

【考え方】

都道府県における医療計画策定の指針の見直しに伴い、平成26年改定より、従前の「4疾病・5事業」に加え、「**精神疾患**」・「**在宅医療**」を追加した「**5疾病・5事業＋在宅医療**」を対象として評価を行う。

都道府県が策定することとされている「**5疾病・5事業＋在宅医療**」の医療計画に係る関連事業のうち、急性期医療を担うDPC対象病院が担うことが期待されている役割にかかるものであり、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。

● 5 疾 病	がん	② がん地域連携 ③ 地域がん登録 ⑧ がん診療連携拠点病院等 (＋小児がん拠点病院等)
	脳卒中	① 脳卒中地域連携 ⑨ 24時間t-PA体制
	急性心筋梗塞	⑪ 急性心筋梗塞24時間診療体制
	糖尿病	—
	精神疾患	⑫ 精神科身体合併症の受入体制
● 5 事 業	救急医療	④ 救急医療
	災害時における医療	⑤ 災害拠点病院等 (＋新型インフルエンザ対策にかか る指定地方公共機関) ⑩ EMIS(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	—
	在宅医療	—

赤字(下線):平成26年改定 新規項目

①～④、⑪:実績評価の要素を加味

機能評価係数Ⅱの見直し

<⑥ 地域医療指数・体制評価指数について>

⑪ 急性心筋梗塞24時間診療体制（新設）

○死亡順位第2位のいわゆる心疾患、急性心筋梗塞の評価の導入を検討すべきではないかという意見があった。

○「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、急性心筋梗塞が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師が24時間対応可能であり、ST上昇型心筋梗塞の場合、90分以内に心臓カテーテル検査や経皮的冠動脈形成術等が開始できる体制を構築することとされている。

⇒ 病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外入院であって時間外対応加算等が算定され、入院2日目以内に経皮的冠動脈形成術等が実施されている症例が一定以上である医療機関を、実績評価によって評価する。

⑫ 精神科身体合併症の受入体制（新設）

○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た。

⇒ 「A230-3精神科身体合併症管理加算」等の施設基準の取得を評価する。

【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)

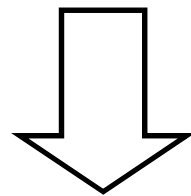
機能評価係数Ⅱの見直し

<⑥ 地域医療指数・体制評価指数の見直しイメージ>

現行	
体制評価指数	<ul style="list-style-type: none"> ・計10項目 ・一部実績を加味 ・評価上限値を設定
定量評価指数	1)小児
	2)上記以外

平成26年改定	
体制評価指数	<ul style="list-style-type: none"> ・計12項目 ・一部実績を加味 ・群別に評価上限値を設定
定量評価指数	1)小児
	2)上記以外

平成24年改定	I群・II群・III群
合計ポイント	10ポイント
評価上限ポイント	7ポイント

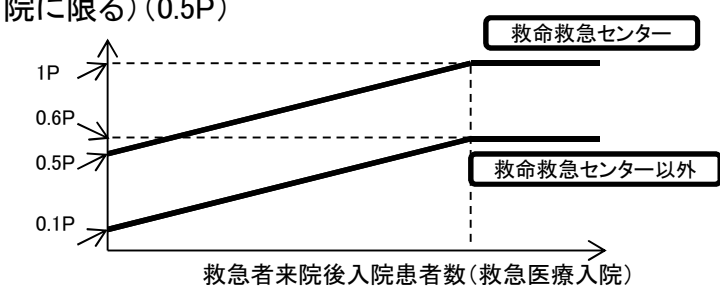
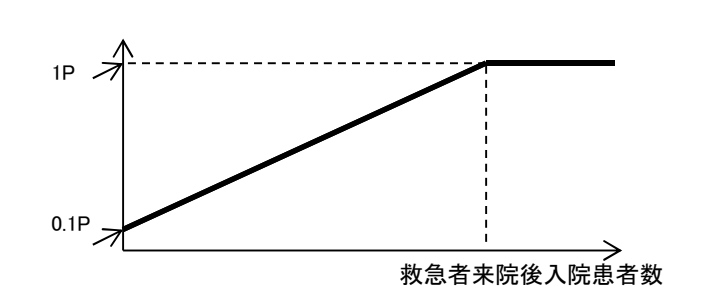


体制評価指数については、計12項目（各1ポイント）について、地域において中核的な役割を果たすと考えられるI群・II群病院については、III群より高い評価上限を設定して評価する。

平成26年改定	I群・II群	III群
合計ポイント	12ポイント	12ポイント
評価上限ポイント	10ポイント	8ポイント

機能評価係数Ⅱの見直し

<⑥ 地域医療係数・体制評価指数(ポイント制)の詳細(1)>

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って評価。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(同一患者の複数回受診は除いて計算)]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)(0.5P) 	救急車で来院し、入院となった患者数(0.9P) 

機能評価係数Ⅱの見直し

<⑥ 地域医療係数・体制評価指数(ポイント制)の詳細(2)>

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地方公共機関(※)の指定</u> 」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地方公共機関(※)の指定</u> 」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	<ul style="list-style-type: none"> 「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	<ul style="list-style-type: none"> 「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</u>」の指定」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) <u>※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。(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	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)	
⑪急性心筋梗塞の24時間診療体制	<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>	
⑫精神科身体合併症の受入体制	<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>	

機能評価係数Ⅱの見直し

<⑦ 後発医薬品係数について>

平成25年12月25日
中医協総会 総-3

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】

入院医療で使用される全薬剤

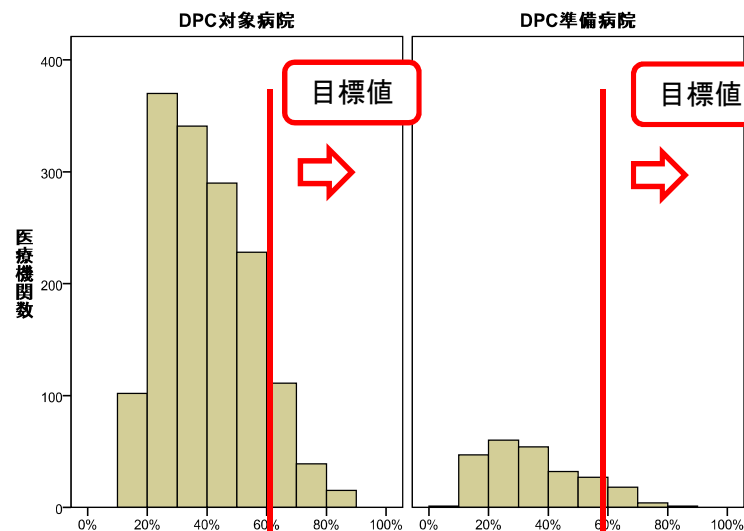
(包括部分+出来高部分(※))

【評価対象となる患者の範囲】

DPC算定病棟に入院する全症例

(包括対象+出来高対象)

社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)に基づいて作成されている「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」において、後発品の数量シェア60%以上が目標値として設定されている。



	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%

(平成24年度DPCデータによる)

機能評価係数Ⅱの見直し

<⑦ 後発医薬品係数について>

「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ(平成25年4月5日)」に基づき、DPCデータによって「数量シェア(新指標)」によって算出し、評価上限を60%として評価する。

後発医薬品の数量シェア(新指標)

$$= \frac{[\text{後発医薬品の数量}]}{([\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}] + [\text{後発医薬品の数量}])}$$

各先発医薬品における後発医薬品の有無及び後発医薬品について

- 1: 後発医薬品がない先発医薬品(後発医薬品の上市前の先発医薬品等)、
- 2: 後発医薬品がある先発医薬品(先発医薬品と後発医薬品で剤形や規格が同一でない場合等を含む)
- 3: 後発医薬品

※後発医薬品の数量シェア(置換え率)

$$= \frac{[\text{後発医薬品の数量}]}{([\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}] + [\text{後発医薬品の数量}])}$$

$$= \frac{[\text{3で分類される品目の数量}]}{([\text{2で分類される品目の数量}] + [\text{3で分類される品目の数量}])}$$

※仕入れベースではなく、使用ベース(請求ベース)による評価となる。

※数量は、薬価基準告示上の規格単位ごとに数える。

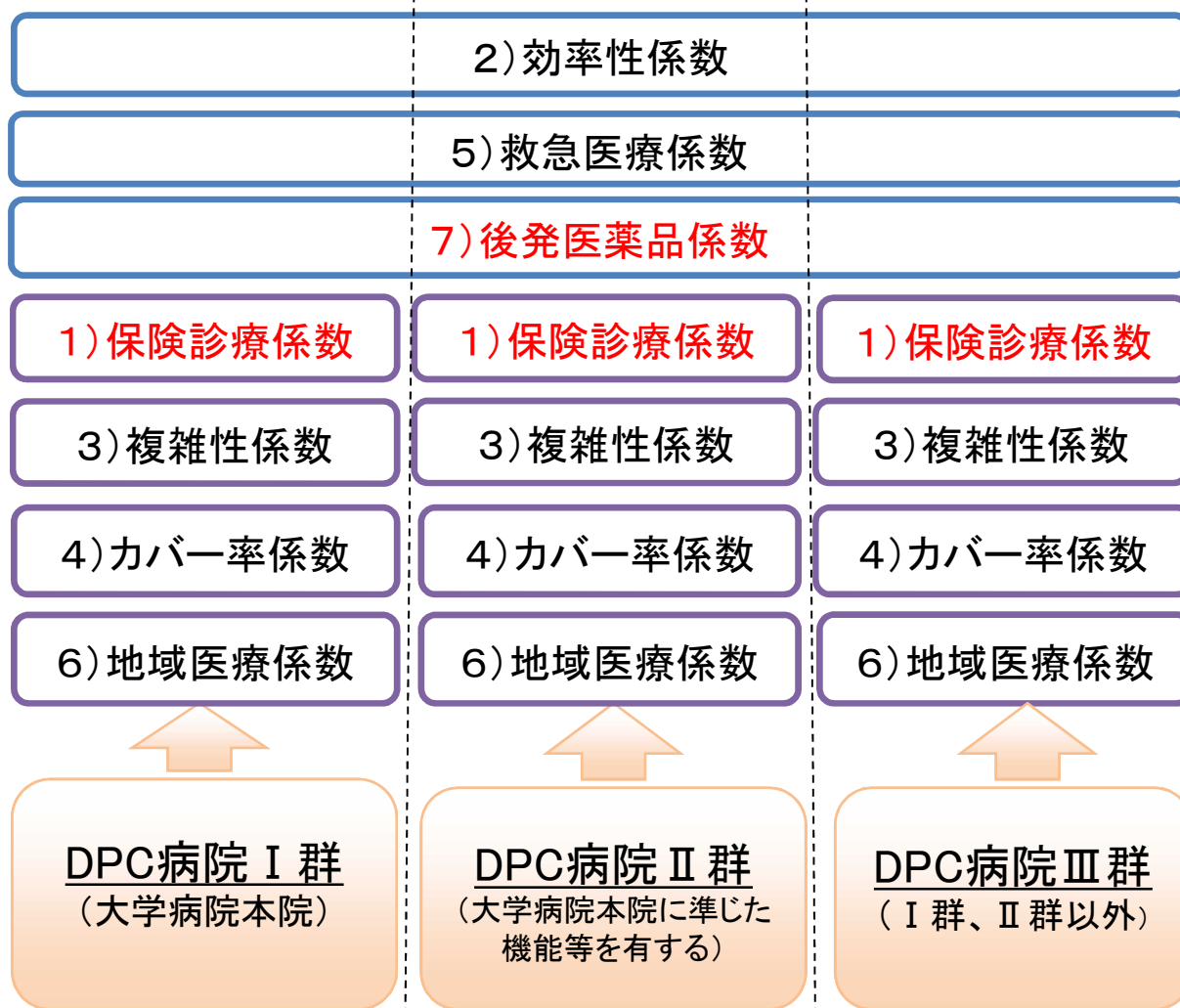
(例)

「〇〇カプセル50mg」

→50mgで、「1個」と数える。

機能評価係数Ⅱの評価方法と医療機関群の関係

各指数の特性に応じて、全医療機関共通又は群毎に評価を行う。



全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現
→ 全医療機関共通で評価

社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現
→ 医療機関群毎に評価

1) 保険診療指数は、群別の評価方法を導入するため、群別の評価とする。

7) 後発医薬品指数は、全病院が目指すべき望ましい医療の実現に係る評価項目であることから、全医療機関共通の評価とする。

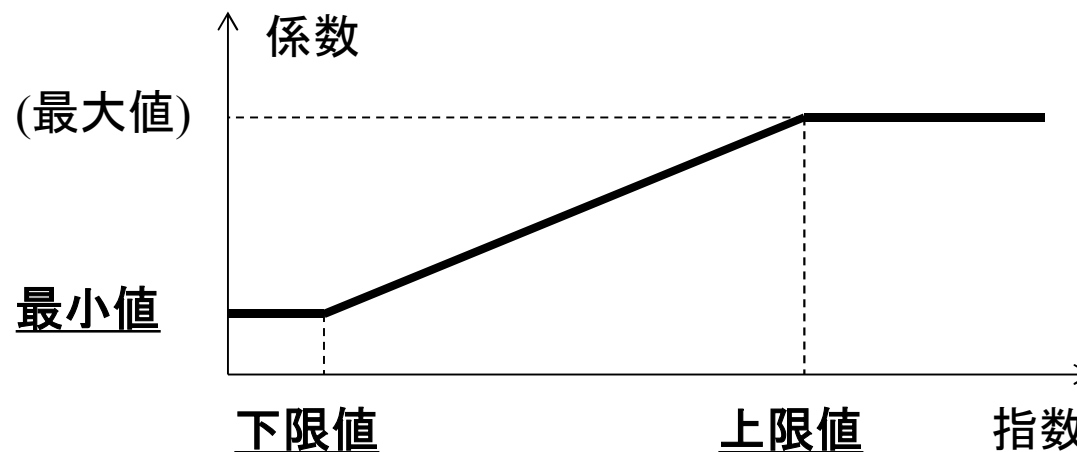
機能評価係数Ⅱの係数化の方法

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			各医療機関群で評価
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	各医療機関群で評価
カバー率	1.0	0	0(※1)	各医療機関群で評価
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	各医療機関群で評価
(体制)	1.0	0	0	
後発医薬品	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価

※原則 指数の上限・下限は、外れ値等を除外するため、原則97.5%タイル値、2.5%タイル値に設定(シェア等、値域が一定の範囲の場合は個別に設定)、係数の最小値0に設定。

※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では最小値を最大値の1/2とする

※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する



Ⅱ 平成26年度診療報酬改定 について(DPC制度)

1. 基本方針（改定全体の方針を踏まえた対応）
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. 「算定ルール等」の見直し
5. 「退院患者調査」の見直し

診断群分類点数表の見直し

診断群分類の見直しの概要は下記の通り。

傷病名数 : 516 ⇒ **504 (-12)**

診断群分類数: 2,927 ⇒ **2,873 (-54)**

MDC 主要診断群(上2桁コード)		傷病名数 (上6桁コード)			診断群分類数 (定義副傷病なし)			診断群分類数 (定義副傷病あり)		
MDC	疾患区分	平成 24年	平成26年	差分	平成 24年	平成26年	差分	平成 24年	平成26年	うち 包括対象
	合計値	516	504	-12	2,662	2557	-105	2,927	2,873	(2,309)
MDC01	神経系疾患	34	37	+3	214	232	+18	262	286	237
MDC02	眼科系疾患	31	31	0	81	81	0	81	81	63
MDC03	耳鼻咽喉科系疾患	35	34	-1	81	80	-1	83	83	78
MDC04	呼吸器系疾患	29	28	-1	144	149	+5	153	163	142
MDC05	循環器系疾患	25	22	-3	237	248	+11	262	289	230
MDC06	消化器系疾患	47	46	-1	498	462	-36	569	540	444
MDC07	筋骨格系疾患	52	52	0	230	230	0	239	241	186
MDC08	皮膚・皮下組織の疾患	29	29	0	68	69	+1	70	70	52
MDC09	乳房の疾患	4	4	0	42	53	+11	46	58	35
MDC10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	39	39	0	106	108	+2	115	121	95
MDC11	腎・尿路系疾患等	21	21	0	145	160	+15	173	195	170
MDC12	女性生殖器系疾患等	33	33	0	150	152	+2	166	169	129
MDC13	血液・造血・免疫臓器の疾患	18	18	0	105	116	+11	118	131	108
MDC14	新生児疾患・先天性奇形	44	34	-10	306	168	-138	307	169	123
MDC15	小児疾患	9	9	0	20	20	0	21	21	19
MDC16	外傷・熱傷・中毒	54	54	0	213	200	-13	240	226	177
MDC17	精神疾患	5	5	0	5	5	0	5	6	3
MDC18	その他	7	8	+1	17	24	+7	17	24	918

「点数設定方式D」が適用される診断群分類

(3) 平成24年改定において高額な薬剤を用いる診断群分類に対し試行的に導入された点数設定方式については、引き続き継続することとし、適用する診断群分類について必要な見直しを行う。

従来の化学療法等に係る診断群分類に加え、高額な材料を用いる検査(心臓カテーテル検査等)等も適用の対象として検討。

【適用における基本的な考え方】

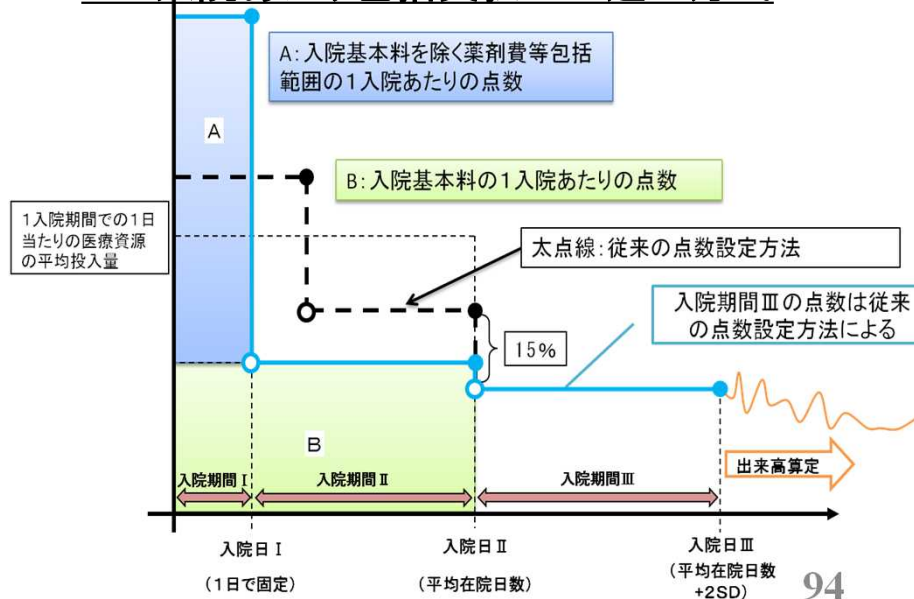
- 十分に普及している(全国実施症例数が十分に多い、多くの施設で実施されている、当該傷病において化学療法等が実施される全症例数に占める割合が一定以上含まれる)
- 7日以内入院の退院数が一定以上を占めている
- 1入院あたりの化学療法等に係る薬剤等が高額
- 入院中に複数回実施されるものは除外

※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。

※検査等については、平成24年診断群分類点数表で定義されている検査を対象として分析。

(参考)平成24年度改定で高額薬剤に対応するため導入された「点数設定方式D」

1日目に入院料以外(薬剤費等)を支払われる方式
⇒1入院あたり包括支払いに近い方式



「点数設定方式D」が適用される診断群分類

H26診断群分類	診断群分類名称	処置2もしくは処置2定義名称
020200xx99x3xx	黄斑、後極変性	ペガブタニブナトリウム
020200xx99x4xx	黄斑、後極変性	ラニビズマブ、アフリベルセプト
040040xx9907xx	肺の悪性腫瘍	ペメトレキセドナトリウム水和物
040040xx9908xx	肺の悪性腫瘍	ベバシズマブ
040050xx99x4xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	ペメトレキセドナトリウム水和物
050050xx99100x	狭心症、慢性虚血性心疾患	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)
060020xx99x40x	胃の悪性腫瘍	ドセタキセル水和物、パクリタキセル
060020xx99x5xx	胃の悪性腫瘍	トラスツズマブ
060030xx99x4xx	小腸の悪性腫瘍、腹膜の悪性腫瘍	カルボプラチン+パクリタキセル等
060035xx99x30x	結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍	フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+イリノテカン
060035xx99x4xx	結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍	フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+オキサリプラチンあり
060035xx99x50x	結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍	レゴラフェニブ水和物、ベバシズマブ、セツキシマブ、パニツムマブ
060040xx99x40x	直腸肛門(直腸S状部から肛門)の悪性腫瘍	フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+イリノテカン
060040xx99x5xx	直腸肛門(直腸S状部から肛門)の悪性腫瘍	フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+オキサリプラチンあり
060040xx99x60x	直腸肛門(直腸S状部から肛門)の悪性腫瘍	レゴラフェニブ水和物、ベバシズマブ、セツキシマブ、パニツムマブ
070470xx99x5xx	関節リウマチ	アバタセプト、トシリズマブ
070470xx99x6xx	関節リウマチ	インフリキシマブ
070470xx99x7xx	関節リウマチ	インフリキシマブ(強直性脊椎炎の場合)
080140xxxxx2xx	炎症性角化症	インフリキシマブ
090010xx99x40x	乳房の悪性腫瘍	ドセタキセル水和物、パクリタキセル等
090010xx99x6xx	乳房の悪性腫瘍	ペルツズマブ、トラスツズマブ
090010xx99x7xx	乳房の悪性腫瘍	パクリタキセル(アルブミン懸濁型)
100250xx99100x	下垂体機能低下症	下垂体前葉負荷試験
110200xx99xxxx	前立腺肥大症等	-
120010xx99x50x	卵巣・子宮付属器の悪性腫瘍	カルボプラチン+パクリタキセル等
120010xx99x60x	卵巣・子宮付属器の悪性腫瘍	ドキソルビシン塩酸塩リポソーム製剤
12002xxx99x40x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	化学療法ありかつ放射線療法なし
130030xx99x7xx	非ホジキンリンパ腫	イブリツモマブチウキセタン塩化イットリウム等

合計**27**の診断群分類に適用。(※H24は22分類)



検査にかかる分類

Ⅱ 平成26年度診療報酬改定 について(DPC制度)

1. 基本方針（改定全体の方針を踏まえた対応）
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. 「算定ルール等」の見直し
5. 「退院患者調査」の見直し

算定ルール等の見直しの概要

平成26年2月12日
中医協総会 総-1

- (1) 3日以内に同一疾患により再入院した際に一連と見なすルールについては、当該ルールの適用の対象となる再入院期間を7日に延ばす等、必要な見直しを行う。
- (2) 持参薬については、予定入院す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、入院中の使用を原則禁止する。
- (3) 平成24年改定において高額な薬剤を用いる診断群分類に対し試行的に導入された点数設定方式については、引き続き継続することとし、適用する診断群分類について必要な見直しを行う。
- (4) 適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC/PPS傷病名コーディングテキスト」の公開を行う等の対応を行う。

7日以内の再入院(再転棟)ルール

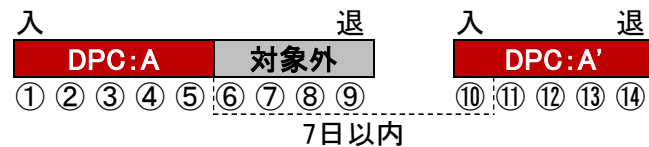
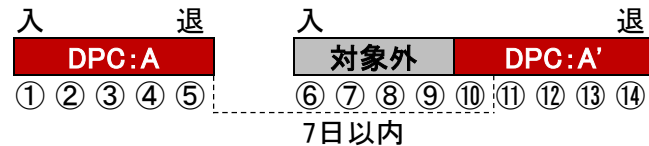
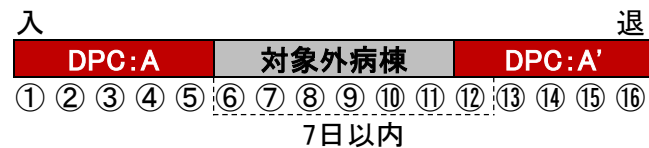
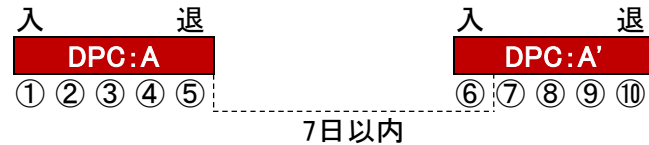
再入院の時期や傷病名コードを意図的に操作することによって、入院期間を不適切にリセットする事例があると考えられることから、いわゆる「3日以内再入院ルール(※)」の見直しを行う。

平成25年12月25日
中医協総会 総-1

- 「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(見直し前は「3日」以内)。
 - 同一病名の考え方は、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」の上2桁コード(主要診断群)が同一である場合とする。
 - 再転棟についても、再入院と同様の考え方に基つき見直しを行う。
- 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。
 - 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、退院患者調査や分析等によって重点的に検証することとする。

※ 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。

7日以内の再入院(再転棟)ルール



【「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。

【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。

持参薬の取り扱い

平成25年12月25日
中医協総会 総-3

○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。

適切な傷病名コーディングの推進(1)

平成25年12月25日
中医協総会 総-3

- 「130100 播種性血管内凝固症候群 (DIC)」によって請求する際は、一連の入院の中で医療資源を最も投入したのが DIC であるか否かについてよりの確なレセプト審査を可能にする観点から、下記の内容が記載されたものを レセプトに添付することを義務づける ことを試行的に導入する。
 - ・ DIC の原因と考えられる基礎疾患
 - ・ 厚生労働省 DIC 診断基準による DIC スコアまたは急性期 DIC 診断基準（日本救急医学会 DIC 特別委員会）による DIC スコア
 - ・ 今回入院中に実施された治療内容および検査値等の推移
- 今後の「130100 播種性血管内凝固症候群 (DIC)」のコーディングの動向を踏まえつつ、DIC 以外で同様の対応とする診断群分類を追加することについて次回改定（平成 26 年度）以降、引き続き検討する。

【130100xxxxx4xx 播種性血管内凝固症候群 トロンボモデュリンアルファあり】

年度	件数	平均在院日数	一日あたり平均医療資源投入量	全入院件数から見た件数割合
H22	2,057	37.6	5,714	0.05%
H23	4,579	37.0	5,238	0.11%
H24	6,362	35.1	4,943	0.14%

適切な傷病名コーディングの推進(2)

平成25年12月13日
中医協総会 総-3

【DPC/ PDPS傷病名コーディングテキストの作成と公開】

- DPC/ PDPS 傷病名コーディングテキストは、各医療機関が年2回実施することとされている「**適切なコーディングに関する委員会**」における**参考資料として活用**することとする。
- 今後、コーディングテキストの見直しのためのワーキンググループを設置し、MDC 毎 DPC 検討ワーキンググループにおける検討内容や全国の医療機関等からの要望等も踏まえて、**今後当該ワーキンググループで引き続き見直し作業を行う**こととする。
- 心不全・呼吸不全等の傷病名の複数の傷病を持った高齢者のコーディングルールや小児のコーディングルール、R コード（症状・徴候等で診断名を明確に表さないコード）の取り扱い等については、DPC 評価分科会において今後引き続き中長期的に検討することとする。

DPC/ PDPSの見直しに係る今後の体制

DPC評価分科会

- 分科会委員20名
（内科系臨床有識者委員（内保連）
外科系臨床有識者委員（外保連）を含む）

【DPC評価分科会・DPC検討WG】

- ◎総括班長2名（内科系・外科系）
- 構成員36名（各診療科分野（20分野）
及び医療経済等+国際疾病分類の有識者）

DPC／PDPS傷病名コーディングテキスト

傷病名コーディングの基本的な考え方や、コーディングを適切に行うために望ましい病院の体制等について、DPC/PDPSに関連する各医療機関に周知することを目的とする(序文より)。

目次

I. はじめに	4
1. 序文	4
2. 適切なコーディングのために望ましいと考えられる病院の体制	6
3. 本書に疑義がある場合の問い合わせ先	8
4. 参考資料	8
II. DPC(診断群分類)の基本構造	9
DPC(診断群分類)は大きく3層構造で構成されている	
DPC(診断群分類)とICD(国際疾病分類)について	
傷病名コーディングが必要となるレセプト・退院患者調査の記載欄と留意事項について	
III. コーディングの基本的な考え方	17
診療録の記載および診療報酬の請求における傷病名の選択について	
コーディングの基本と傷病名選択の定義	
IV. 傷病名のコーディングにあたっての注意点	26
病態からみた場合の注意点と医学的に疑問とされる可能性のある傷病名選択の例	
医療資源病名を「疑い」とする場合(診断未確定)への対応	
医療資源病名が「ICD(国際疾病分類)」における複合分類項目に該当する場合	
病態の続発・後遺症のコーディング 等	
V. 付録	38
・DPC上6桁別 注意すべきコーディングの事例集	
・留意すべきICDコード(部位不明・詳細不明コード)の一覧	
・本書で使用される「用語」集	

Ⅱ 平成26年度診療報酬改定 について(DPC制度)

1. 基本方針（改定全体の方針を踏まえた対応）
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. 「算定ルール等」の見直し
5. 「退院患者調査」の見直し

退院患者調査の見直し

平成26年2月12日
中医協総会 総-1

6. DPC導入の影響評価に係る調査(退院患者調査)については、全DPC対象病院において外来診療に係るデータの提出を必須化する等、必要な見直しを行う。

【見直しの概要】

1. 退院患者調査の法令体系における位置づけの整理
2. 調査項目の見直し
3. 様式1の記録方式の見直し
4. 調査対象範囲の見直し

(参考)

出来高報酬体系における「A245データ提出加算」の見直し

退院患者調査の体系における位置づけの整理

- 「退院患者調査」および「特別調査」は、「DPC対象病院」が参加すべき調査として、DPC算定告示において明確化。

[DPC算定告示より]

- 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」)

(調査の目的)

- DPC／PDPSの導入の影響評価
- DPC／PDPSの継続的な見直し 等

(調査の具体的な活用方法)

- 診断群分類点数表の見直し
- 医療機関別係数の見直し
- 急性期入院医療の分析 等

退院患者調査の調査項目の見直し

今後DPC／PDPSの適切な見直しを行うため、DPC検討WGにおける提案等も踏まえ、調査項目の見直しを行う。

主な見直し内容(様式1:簡易診療録情報)

	見直しの概要
入院経路 (改)	病院の機能を適切に評価するため、厚生労働省統計情報部が実施する「患者調査」と整合性をとる形で調査項目を精緻化する。
退院先 (改)	病院の機能を適切に評価するため、厚生労働省統計情報部が実施する「患者調査」と整合性をとる形で調査項目を精緻化する。
在宅医療の有無 (新)	DPC病院における在宅医療の実施状況、および他の病院以外との在宅医療の連携の状況を明らかにするため、調査項目を新設する。
褥瘡の有無 (新)	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。
持参薬の有無 (新)	予定入院の症例について、持参薬の使用状況を調査する。
認知症による介護の必要性の有無 (新)	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。

退院患者調査における様式1記録方式の見直し

- 様式1のデータ記録方式について、平成26年4月1日より、患者1名につき1行のデータ記録方式(横持ち)から、**項目名も同時に記録するデータ記録方式(縦持ち)に変更する。**

(変更の視点)

- ・ 調査項目変更への対応の柔軟性
- ・ 目視性の良さ
- ・ データ処理速度 等

「横持ち」のイメージ

ID	入院日	退院日	...	ICD10	手術	入院経路	退院先	NYHA分類	...
〇〇〇〇	11/1	11/18	...	C187	なし	予定	退院	—	...
△△△△	11/3	11/7	...	J805	K 605	予定	転棟	Ⅲ度	...
××××
◇◇◇◇		
...		

「縦持ち」のイメージ

キー情報	項目名	値
〇〇	入院日	11/1
〇〇	退院日	11/18
〇〇	ICD10	C187
△△	入院日	11/3
△△	退院日	11/8
△△	ICD10	K805

キー情報(ヘッダー)

- 診療情報統括番号
- データ識別番号
- 回数管理番号
- 様式1開始日
- 様式1終了日

外来EFファイルの提出の必須化

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こと、また平成24年度退院患者調査の結果報告で、化学療法等、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たこと等を踏まえ、DPC対象病院において外来EFファイルの提出を必須とする。

調査対象の一覧表 (○は必須)	入院データ(※1)	外来データ(※2)
DPC参加病院 I群・II群	○	○
Ⅲ群	○	<u>○必須化</u>
DPC準備病院	○	任意
出来高病院(※3)	任意(※4)	任意

※1 様式1、様式3、様式4、Dファイル、EF統合ファイル。

※2 外来EF統合ファイル。

※3 平成24年7月1日よりデータの提出を開始。

※4 平成27年4月より、一般病棟7対1入院基本料を算定する場合は必須となる。