

機能評価係数Ⅱの見直し

<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

<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(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) 救命救急センター 救命救急センター以外 救急者来院後入院患者数(救急医療入院)	救急車で来院し、入院となった患者数(0.9P) 救急者来院後入院患者数

機能評価係数Ⅱの見直し

＜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	「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) <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

＜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。

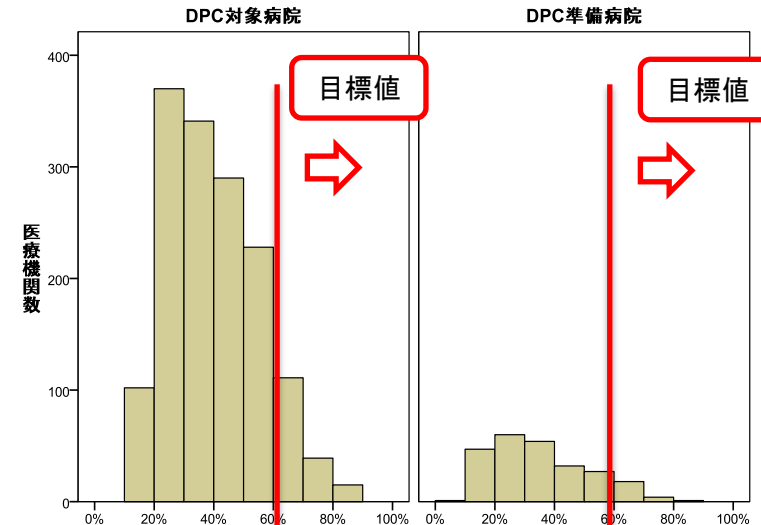
【評価対象となる薬剤の範囲】

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

＜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）

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

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

※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。

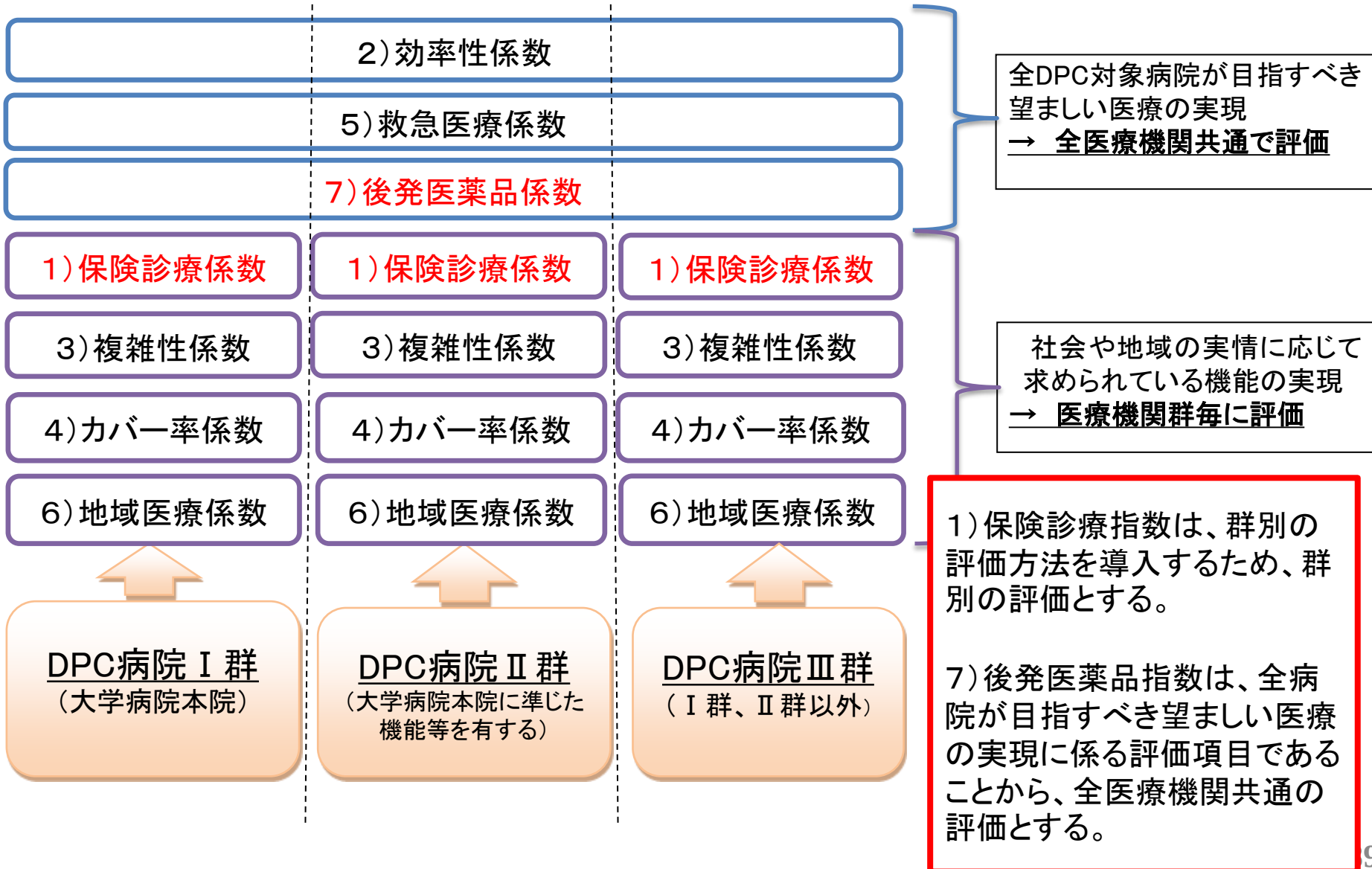
（例）

「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。



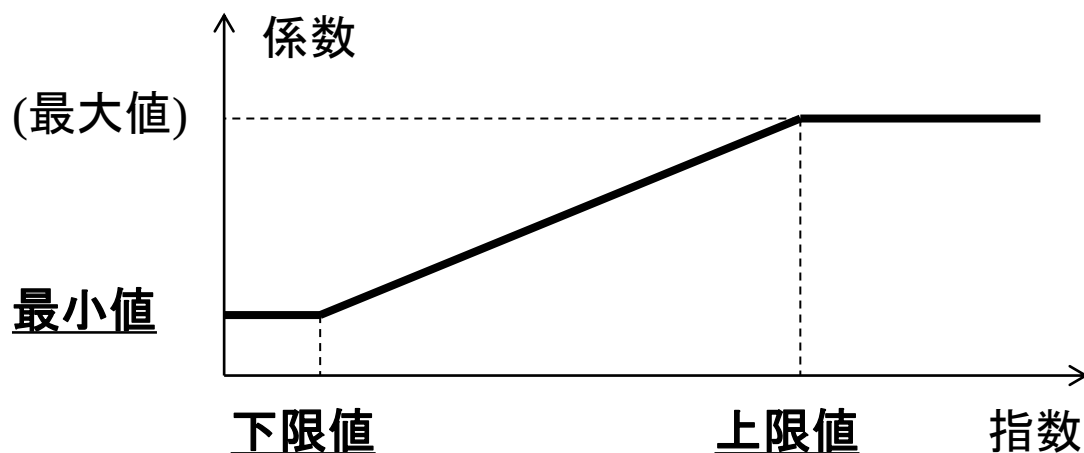
機能評価係数Ⅱの係数化の方法

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。)			<u>各医療機関群で評価</u>
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	
<u>後発医薬品</u>	<u>97.5%tile値</u>	<u>2.5%tile値</u>	<u>0</u>	<u>全群共通で評価</u>

※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
6. その他

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】

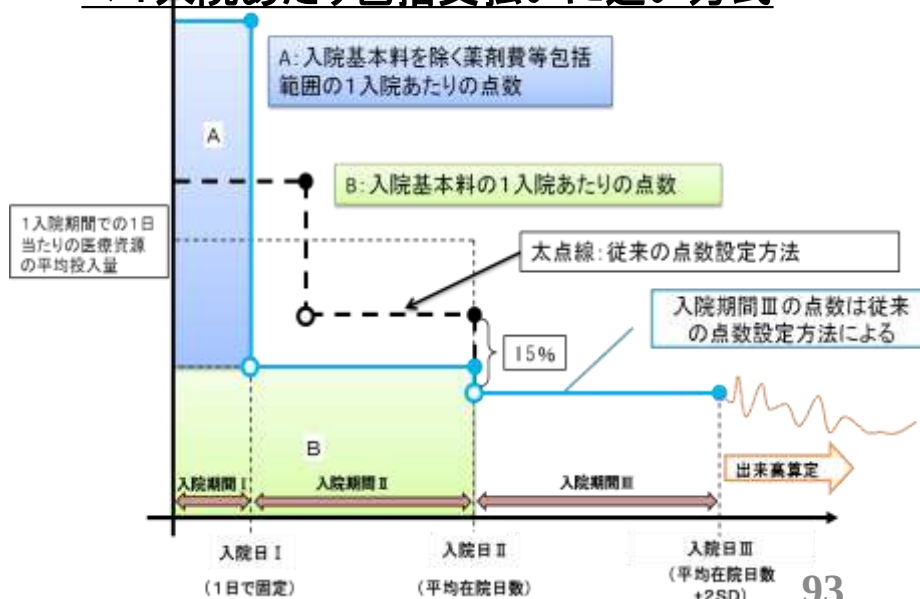
- ・十分に普及している(全国実施症例数が十分に多い、多くの施設で実施されている、当該傷病において化学療法等が実施される全症例数に占める割合が一定以上含まれる)
- ・7日以内入院の退院数が一定以上を占めている
- ・1入院あたりの化学療法等に係る薬剤等が高額
- ・入院中に複数回実施されるものは除外

※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・子宮附属器の悪性腫瘍	カルボプラチン+パクリタキセル等
120010xx99x60x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	ドキソルビシン塩酸塩リボソーム製剤
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	イブリット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
6. その他

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／PDP S 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

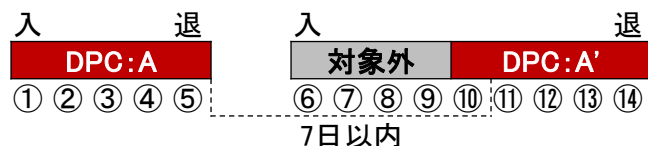
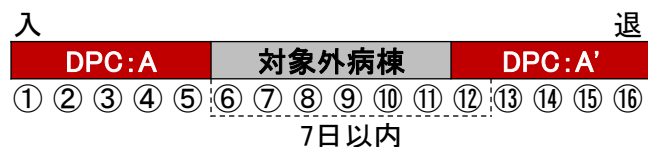
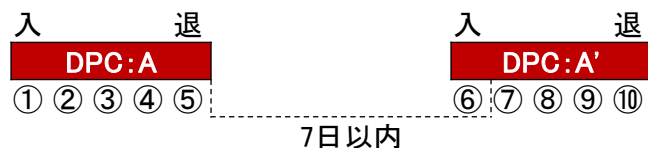
再入院の時期や傷病名コードを意図的に操作することによって、入院期間を不適切にリセットする事例があると考えられることから、いわゆる「3日以内再入院ルール(※)」の見直しを行う。

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に基づき見直しを行う。
- 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。

○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
6. その他

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。

[D P C 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。

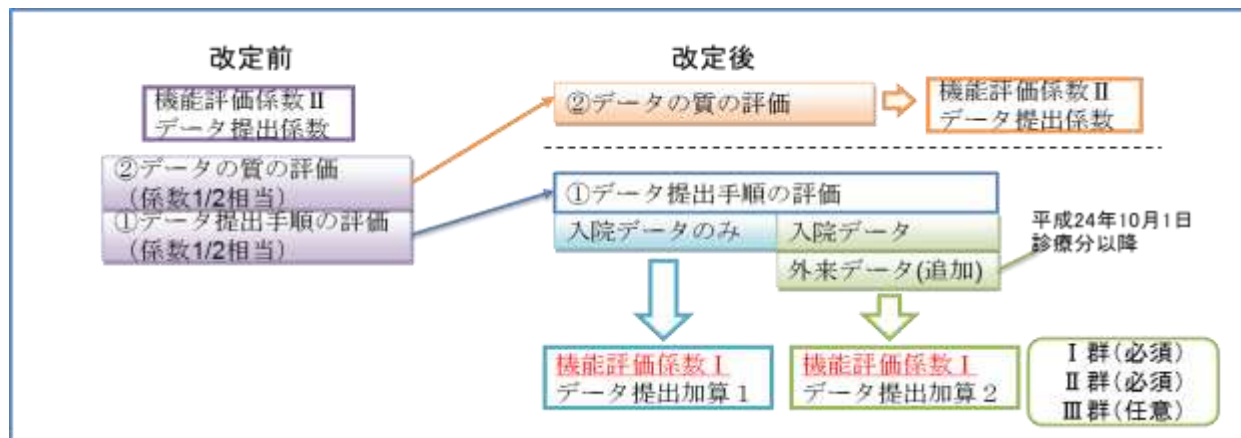
※4 平成27年4月より、一般病棟7対1入院基本料を算定する場合は必須となる。

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
6. その他

(参考)「データ提出加算」の見直しについて

○平成24年改定より、DPCデータの提出に係る評価は、出来高報酬体系における評価に移行し、機能評価係数Ⅰとして評価されている。



○出来高報酬体系における「A245データ提出加算」にかかる見直しが行われ、**すべての病棟**が調査対象となった。

⇒ 改定前まで調査対象となっていなかった病棟(療養病棟等)を有する病院については、経過措置を過ぎた平成27年4月以降も「データ提出加算」を算定し続ける場合は、平成27年4月以降、**全病棟のデータ**を提出する必要がある。

DPCデータ提出に係る評価の見直しについて①

- データ提出加算について、現在データ提出の対象となっていない病棟についてもデータを提出することとし、すべての病院でデータ提出加算の届出を可能とする。
- また、データ提出加算参加の機会が年1回に限られていることから、参加機会を増やす。

現行

[データ提出加算1（入院データ提出）]（退院時1回）
イ（200床以上）100点、ロ（200床未満）110点
[データ提出加算2（入院+外来データ提出）]（退院時1回）
イ（200床以上）150点、ロ（200床未満）160点

[算定要件]

- ・7対1及び10対1入院基本料（一般病棟入院基本料（一般病棟に限る。）、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料（一般病棟に限る。））を届け出ていること。
- ・診療録管理体制加算に係る届出を行っていること（同等の体制を有している場合を含む）。等

[対象病棟]

- ・一般病棟入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（7対1一般病棟入院基本料、10対1一般病棟入院基本料及び精神病棟に限る。）、専門病院入院基本料（7対1及び10対1に限る。）、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、短期滞在手術基本料3

[参加機会]

- ・年1回（原則5月）

改定後

[データ提出加算1（入院データ提出）]（退院時1回）
イ（200床以上）100点、ロ（200床未満）110点
[データ提出加算2（入院+外来データ提出）]（退院時1回）
イ（200床以上）150点、ロ（200床未満）160点

[算定要件]

- ・診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。等

[対象病棟]

- ・全ての病棟（短期滞在手術基本料1を除く）

[参加機会]

- ・年4回（各月の20日）
年4回（5月20日、8月20日、11月20日、2月20日）

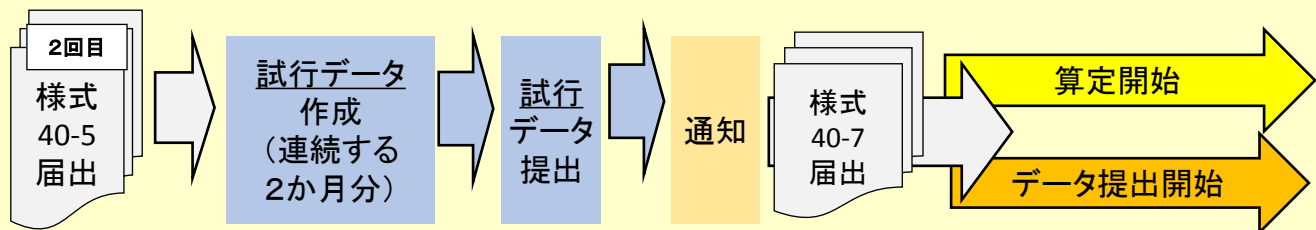
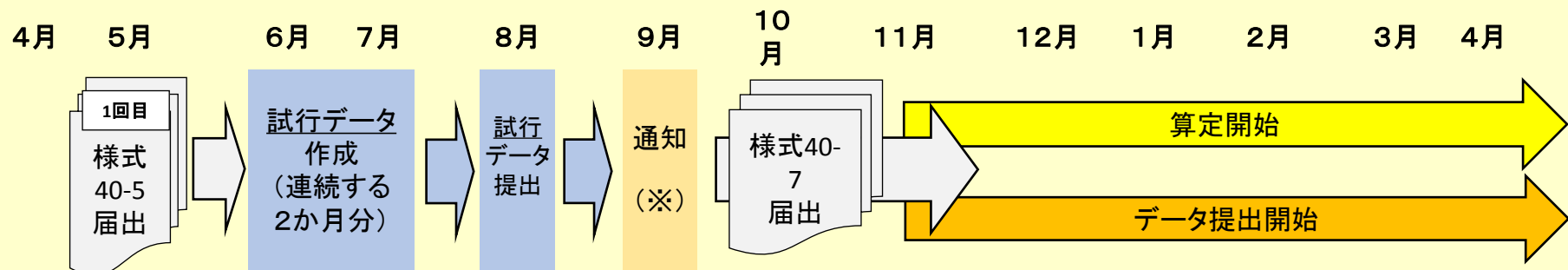


[経過措置]

平成26年3月31日までに届出を行っている病院については、平成27年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

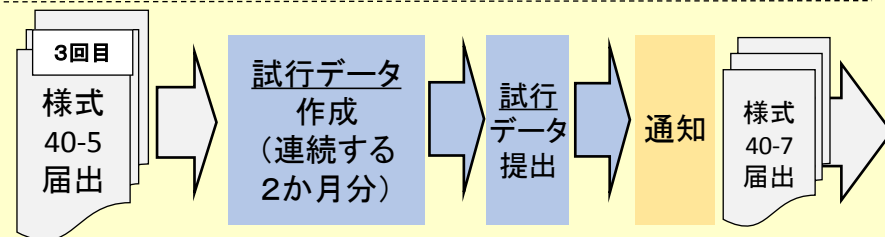
DPCデータ提出に係る評価の見直しについて②

データ提出加算の届出と算定の年間スケジュール【新たにデータ提出をする場合】



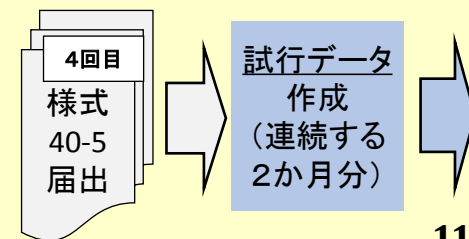
※「通知」

提出された試行データが、適切に提出・作成されたことが厚生労働省保険局医療課において確認された病院に対して「通知」がされる。



平成26年度データ提出加算の参加の機会

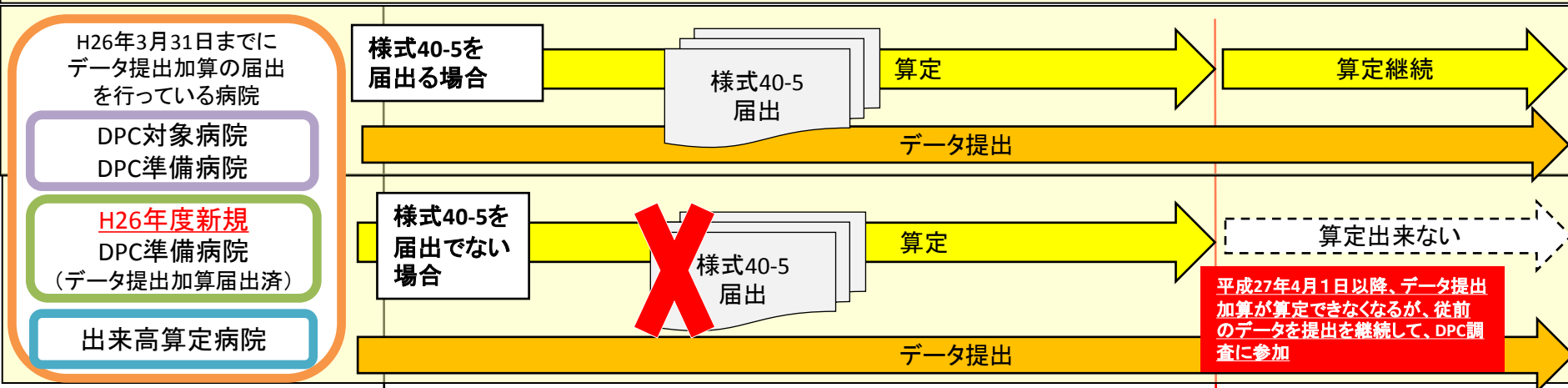
5月20日、8月20日、11月20日、2月20日



DPCデータ提出に係る評価の見直しについて③

データ提出加算の届出と算定の年間スケジュール【データ提出加算を届け出ている場合】

- 平成26年3月31日までに届出を行っている病院については、平成27年3月31日まで従前のデータ提出対象病棟のデータを提出することで当該加算が算定できる。(経過措置)
- 平成27年4月1日以降、継続して当該加算を算定する場合は、改正後の提出対象病棟のデータの提出することについて、様式40-5を用いて厚生局に届け出ることによって平成27年4月1日以降も算定が可能となる。



データ提出加算の届出と算定の年間スケジュール【データ提出加算未届のDPC準備病院】

- 平成26年度新規DPC準備病院は、4月からDPCデータを作成する。適切なデータが提出されたことが厚生労働省保険局医療課から「通知」がされた場合、様式40-7を用いて厚生局に届け出ることによって当該加算が算定できる。

