

日医工MPI行政情報

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

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

株式会社日医工医業経営研究所(日医工MPI)
(公社)医業経営コンサルタント登録番号第6345 寺坂裕美



Nikky

資料No.20131226-344



株式会社 日医工医業経営研究所

概要

2014年度のDPC制度の見直しは、大きな変更ではなく微修正とする方向でDPC評価分科会などで議論が進められてきました。それでも病院運営に影響を与える見直しが行われることになりました。2013年12月25日の中医協総会で分科会での検討結果が報告され、細部の文言を除き了承されました。

見直しされる主な項目

1. 基礎係数

- ・Ⅱ群の高度な医療技術の実施要件を最新の外保連試案（第8.2版）を活用して見直す
- ・Ⅱ群の医師研修実施要件を基幹型臨床研修のみとし見直す

2. 機能評価係数Ⅰ・Ⅱの具体化（見直しや追加を含む）

- ・データ提出指数の見直し（評価指標の追加、係数名の見直し→保険診療指数）
- ・救急医療指数の見直し（対象患者要件の明確化）
- ・地域医療指数の見直し（体制評価指数に2項目を追加）
「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」
- ・新係数の追加「後発医薬品指数」（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）

3. 算定ルール等

- ・3日以内再入院ルールを7日以内へ見直す
- ・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明確化

4. 退院患者調査

- ・データ提出様式の見直し
- ・持参薬の調査

5. 診断群分類の見直し

6. その他

- ・適切な傷病名コーディングの推進について

1. 基礎係数（医療機関群に関連する事項）の見直し

○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日あたり包括範囲出来高平均点数（全病院患者校正で補正；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

※詳細は次ページ

【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。

1. 基礎係数（医療機関群に関連する事項）の見直し

【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）]

「(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。

●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 $7.43 \times 3 = 22.29$ 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）。

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。

【外保連試案】

術式ごとに「技術難易度（A～E）」「必要スタッフ数」「所要時間」を精査して「人件費」を算出したもの

試案手術名	診療報酬コード	技術度	協力医師数	時間	人件費合計
関節滑膜切除術（関節鏡下）・手指関節	K066-2 3	D	1	2	318,140

（※）外保連手術指数の算出方法

- 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、協力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、協力医師数 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、協力医師数 2、手術時間数 3 の手術は $7.43 \times 3 = 22.29$

協力医師数	0	1	2	3	4	5	6
B	1.00	1.27	1.54	1.81			
C	2.36	3.36	3.63	3.90	4.17		
D	4.07	6.43	7.43	7.70	7.97	8.24	
E	6.11	10.18	12.54	13.54	13.81	14.08	14.35

この例では、相対値が6.43となり、外保連手術指数は $6.43 \times 2 = 12.86$ となる。

難易度、協力医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

1. 基礎係数（医療機関群に関連する事項）の見直し

- 医療機関群の在り方については、今後の各医療機関の診療実態や医療提供体制の在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。

分科会では当初、平成26年改定でⅢ群の細分化を検討していたが、平成26年改定以降検討することとなった。

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。
（改訂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）

<現行の機能評価係数Ⅰ>

- ・入院基本料
- ・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
- ・地域加算
- ・離島加算
- ・医療安全対策加算
- ・感染防止対策加算
- ・患者サポート体制充実加算
- ・病棟薬剤業務実施加算
- ・データ提出加算
- ・検体検査管理加算

総合入院体制加算については中医協総会で要件の見直しが提案されている。

2. 機能評価係数Ⅰ・Ⅱについて

2-2. 機能評価係数Ⅱ

現行		平成26年改定
①データ提出指数	→見直し	① <u>保険診療指数</u>
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 <u>後発医薬品指数</u>

当初、効率性指数の一部の評価として検討されたが、独立した指数として評価されることとなった。

2. 機能評価係数Ⅰ・Ⅱについて

2-2. 機能評価係数Ⅱ

①データ提出指数（保険診療指数）

【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。

【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。

【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。

【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。

【適切な保険診療の普及のための取組の評価】

- 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。

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。

該当医療機関はほとんどないが未コード化傷病名と相関があり評価を継続。

部位不明・詳細不明コードの使用割合を減らすために未コード化傷病名が使用されている可能性が示唆されたため。

厚生労働省職員として、保険診療に関する指導（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。

副傷病名の適切な記載については平成26年改定での評価は見送り、まずは副傷病名の適切な記載を周知していく。

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た。

2. 機能評価係数Ⅰ・Ⅱについて

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。

様式1で“救急医療入院あり”とされた患者のデータを元に指数を設定していたが、分科会の考えと現場認識の乖離が散見されたため、要件を明確にすることとなった。

現行	改定案
1症例あたり〔救急医療入院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〕 加算の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。 ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ 意識障害又は昏睡 ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ 急性薬物中毒 オ ショック カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） キ 広範囲熱傷 ク 外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ 緊急手術を必要とする状態 コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態	1症例あたり〔救急医療入院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〕 【「A205救急医療管理加算」の施設基準取得施設】 「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から1日以上算定している患者 ・「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」の施設基準非取得施設】 「救急医療入院」の患者

2. 機能評価係数Ⅰ・Ⅱについて

⑥地域医療指数

【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。

【「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。

【「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）。

【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）

小児がん拠点病院

- ・北海道大学病院（北海道）
- ・東北大学病院（宮城）
- ・埼玉県立小児医療センター（埼玉）
- ・国立成育医療研究センター（東京）
- ・東京都立小児総合医療センター（東京）
- ・神奈川県立こども医療センター（神奈川）
- ・名古屋大学医学部附属病院（愛知）
- ・三重大学医学部附属病院（三重）
- ・京都大学医学部附属病院（京都）
- ・京都府立医科大学附属病院（京都）
- ・大阪府立母子保健総合医療センター（大阪）
- ・大阪市立総合医療センター（大阪）
- ・兵庫県立こども病院（兵庫）
- ・広島大学病院（広島）
- ・九州大学病院（福岡）

＜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	・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	定量評価指数	1) 小児
	2) 上記以外		2) 上記以外

【現行】
10P中7P上限
例として、
Ⅰ・Ⅱ群：10P
Ⅲ群：8P

＜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			
	精神疾患		⑫精神身体合併症の受入態勢	
● 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	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			
	在宅医療			

医療資源を最も投入した病名が「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が算定され、入院2日目までに既定の手術実施を評価。

「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」の施設基準取得

実績評価の要素を加味する項目

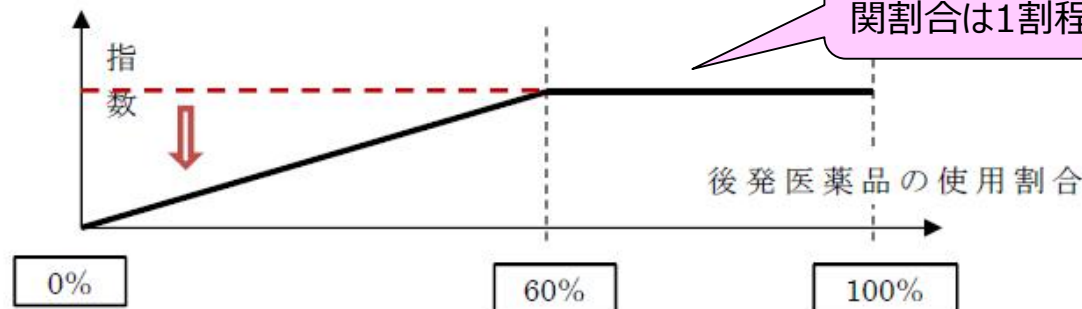
2. 機能評価係数Ⅰ・Ⅱについて

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。)

【案1】目標値に達していない医療機関を減点する考え方

〔評価のイメージ〕



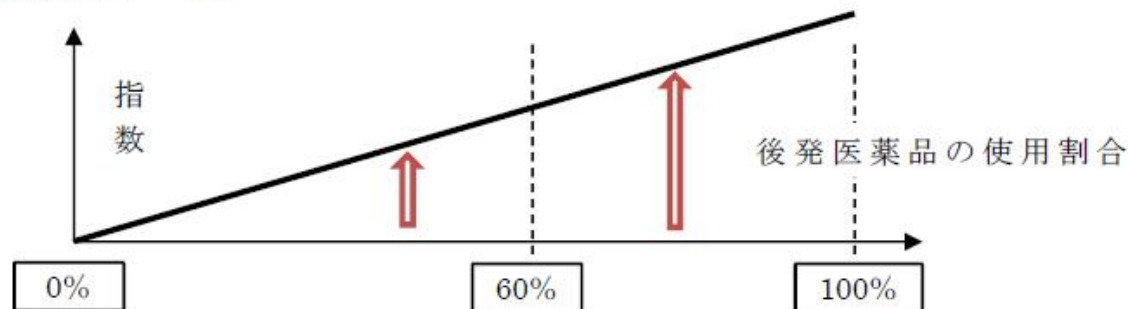
平成25年12月13日の中医協総会で、GE使用割合が60%以上の医療機関をより評価すべきでは、との意見があり、再度の検討となった。

中医協委員からの意見を踏まえた評価案

再検討の結果、分科会案としては案1を支持(原案通り)。
12月25日の総会で再度報告される。

【案2】後発医薬品の使用割合に応じて加算する考え方（評価上限を設定しない）

〔評価のイメージ〕



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) 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点減じる。 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●●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）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●●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） 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。
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。

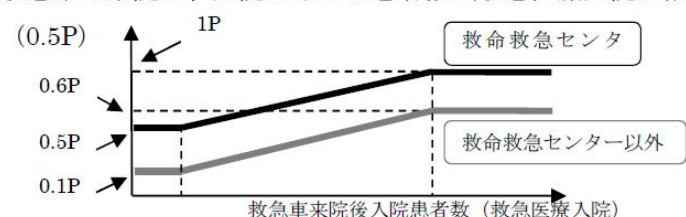
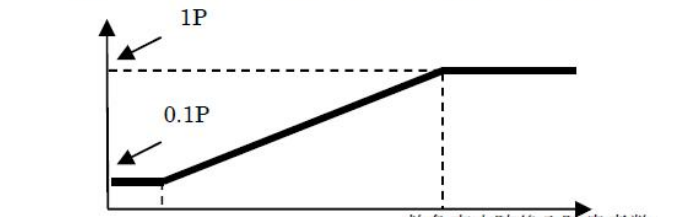
評価対象データは※平成24年10月1日～平成25年9月30日（12ヶ月間）のデータ

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
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	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〕 【「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

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）											
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><tr><td colspan="2">地域医療指数（内訳）</td><td>評価に占めるシェア</td></tr><tr><td colspan="2">①体制評価指数 計12項目（各1ポイント） Ⅰ・Ⅱ群は評価上限●ポイント Ⅲ評価上限●ポイント</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></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12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Ⅰ・Ⅱ群は10ポイント、Ⅲ群は8ポイントとする。 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。	地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア	①体制評価指数 計12項目（各1ポイント） Ⅰ・Ⅱ群は評価上限●ポイント Ⅲ評価上限●ポイント		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 計12項目（各1ポイント） Ⅰ・Ⅱ群は評価上限●ポイント Ⅲ評価上限●ポイント		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											
7)後発医薬品指数	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	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。 （※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〕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） 

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
⑤災害時における医療	「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定公共機関（※）の指定」と「DMATの指定」をそれぞれ評価（0.5Pずつ） （※）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	「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定公共機関（※）の指定」又は「DMATの指定」の有無を評価（いずれかで1P） （※）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
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「 小児がん拠点病院の指定 」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」、「 小児がん拠点病院の指定 」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。 （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。）
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）	

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
⑪急性心筋梗塞の24時間診療体制	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）	
⑫精神科身体合併症の受入体制	「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）	

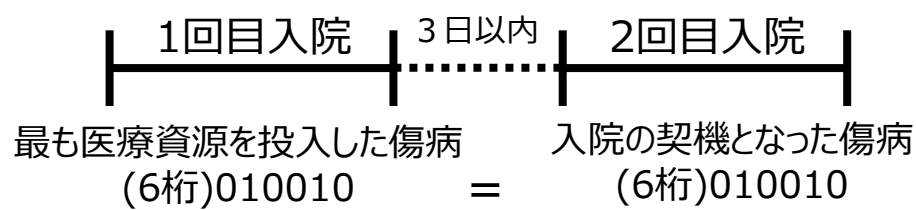
【補足】体制に係る指定要件については、平成25年9月30日までに指定を受けていること（平成25年10月1日付の指定を含む）を要件とする。

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

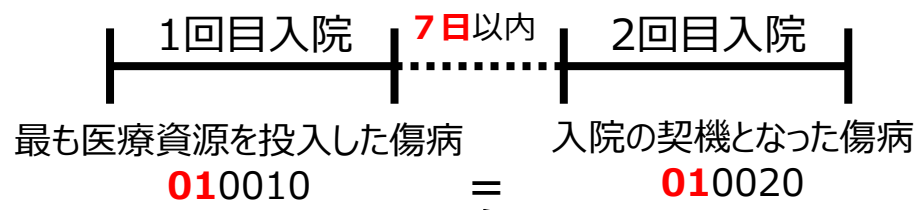
- 前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「医療資源が最も投入した傷病名」が一致するにも関わらず「入院の契機となる病名」が異なる場合は、その理由を摘要欄に記載する。
- 「7日」以内の同一病名の再入院は、「一連」として取り扱うこととする（現行は「3日」以内）。
- 再入院時に悪性腫瘍にかかる化学療法を実施する症例については、当該ルールの適用を除外することとする。なお、その場合は化学療法を実施した旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとする。
- 「一連」と見なされる再入院における退院期間の日数は、入院期間とはみなさない。
- 「7日」に延ばすことによる8日目以降の再入院率の変化、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。
- 一連と見なすルールの適用対象を、現在の「同一病名」(DPCの6ケタ目まで共通)から、「同一診療科の疾患」(2ケタ目まで共通)に拡大することが妥当である。

(現行ルール)



1回目の退院から2回目の入院が**3日以内**の場合は「一連」の入院とみなし、入院期間は通算される。
1回目の退院から2回目の入院が3日以上空いた場合は、新規の入院とし高いDPC点数が算定できる。

(改定案)



- ・傷病名の比較を6桁から**2桁**にする。
- ・1回目入院と2回目入院の間隔を3日から**7日**にする。
- ・再入院とみなされた場合、退院期間の日数は入院期間とはみなさない。(次ページ)

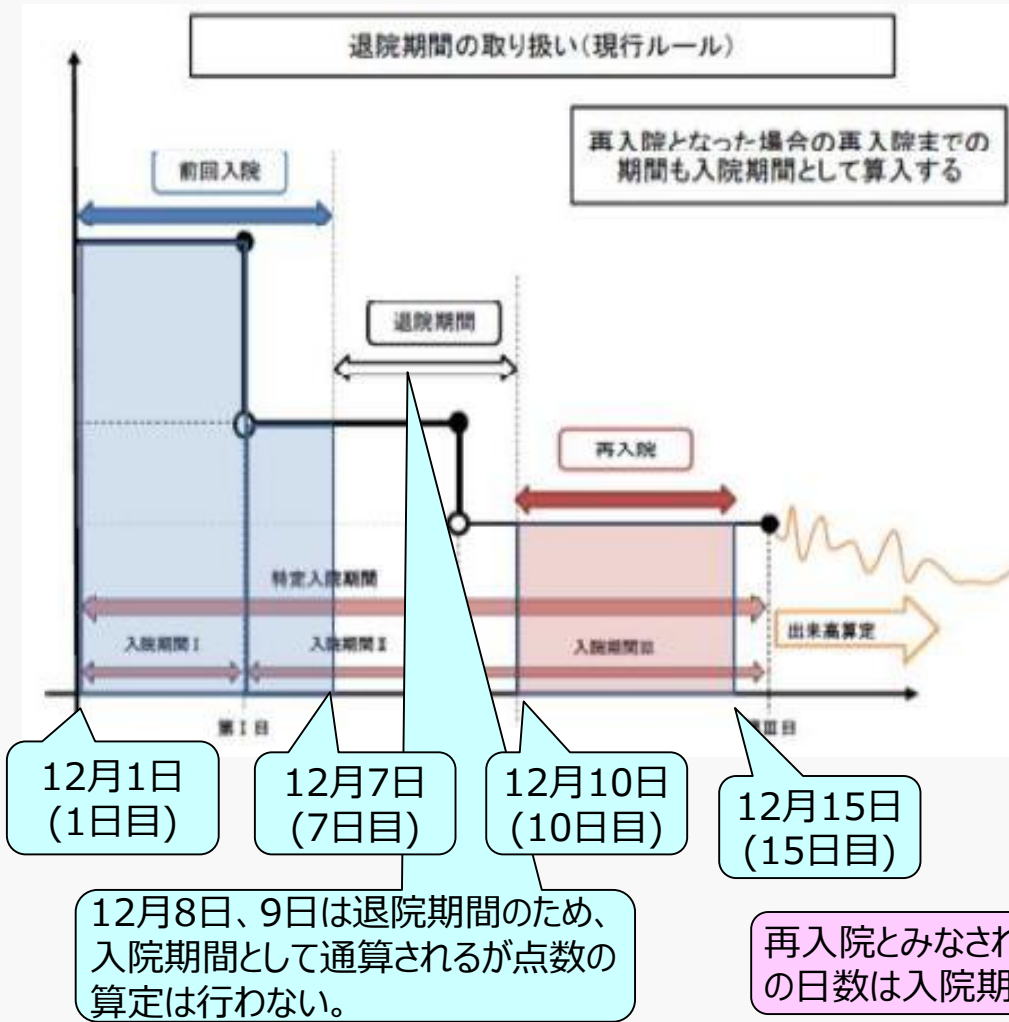
再入院時に悪性腫瘍にかかる化学療法を実施する症例については適用除外。その場合は診療報酬明細書の摘要欄に記載。

3. 算定ルール等の見直し

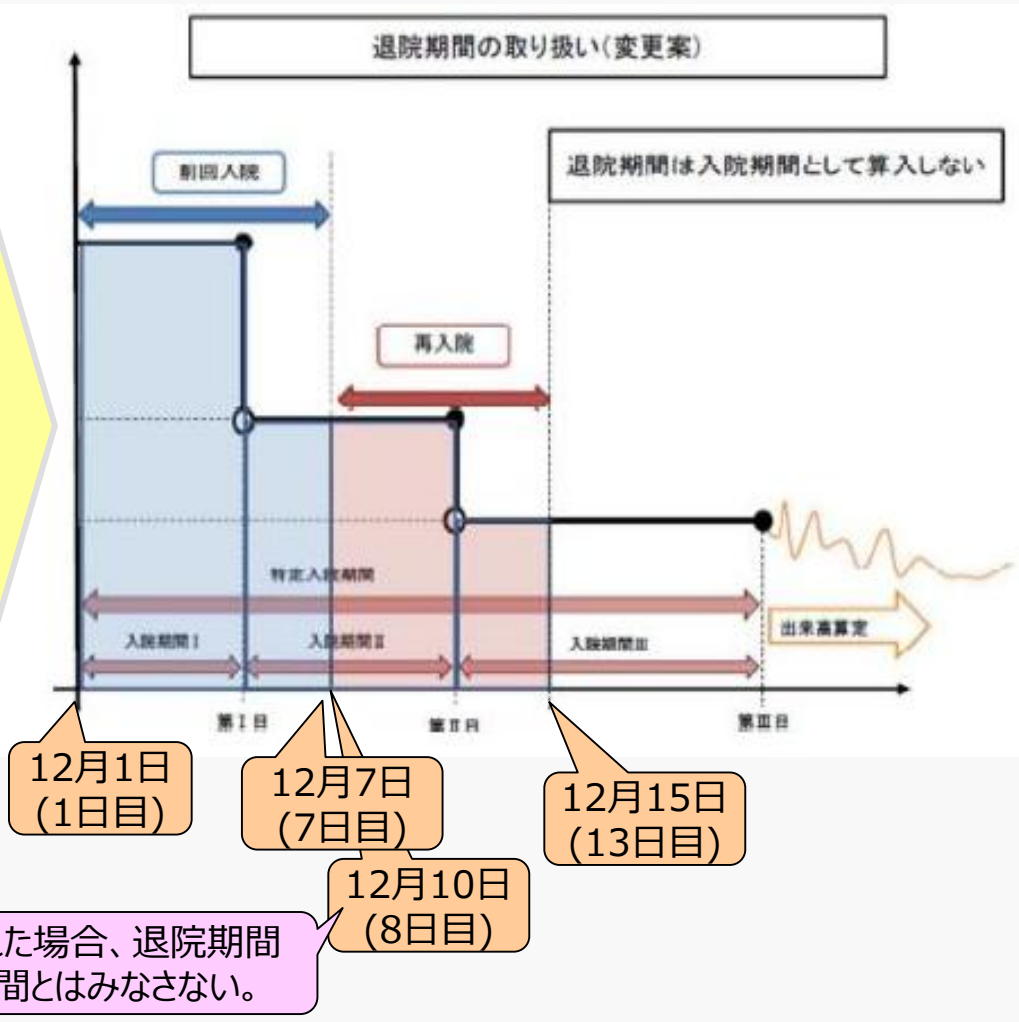
(1) 退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルールについて

【例】12月1日入院→12月7日退院→12月10日再入院→12月15日退院

(現行ルール)



(改定案)



3. 算定ルール等の見直し

(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。

(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

現行の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	外来診療患者の以下点数表に基づく出来高点数情報

これらの様式間の記載矛盾がデータ提出
指数(保険診療指数)で評価される。

「許可病床数」「休止病床」追加

平成27年度以降から様式1に統合

Ⅲ群病院も提出必須化(Ⅰ・Ⅱ
群はすでに必須化されている。)

様式 1 の見直し

見直しがある既存項目	内容
3.入退院情報 (6)入院経路	・入院経路の精緻化
3.入院情報 (11)退院先	・入院経路の精緻化 (6)よりも介護施設細分化
5.手術情報 (7)(14)(21)(28)(35) 麻酔	・「脊椎麻酔+硬膜外麻酔」を追加
5.手術情報 (33)手術側数	・「左右の区別のないもの」を追加
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)へ変更

新規項目案
3.入退院情報 入院前と退院後の在宅医療の有無
6.診療情報 抗リウマチ分子標的薬の初回治療の有無
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」
6.診療情報 入院時と退院時の褥瘡の深さ(DSIGN分類のD0 ~D5を入力)
6.診療情報 持参薬の使用の有無

5. 診断群分類の見直し

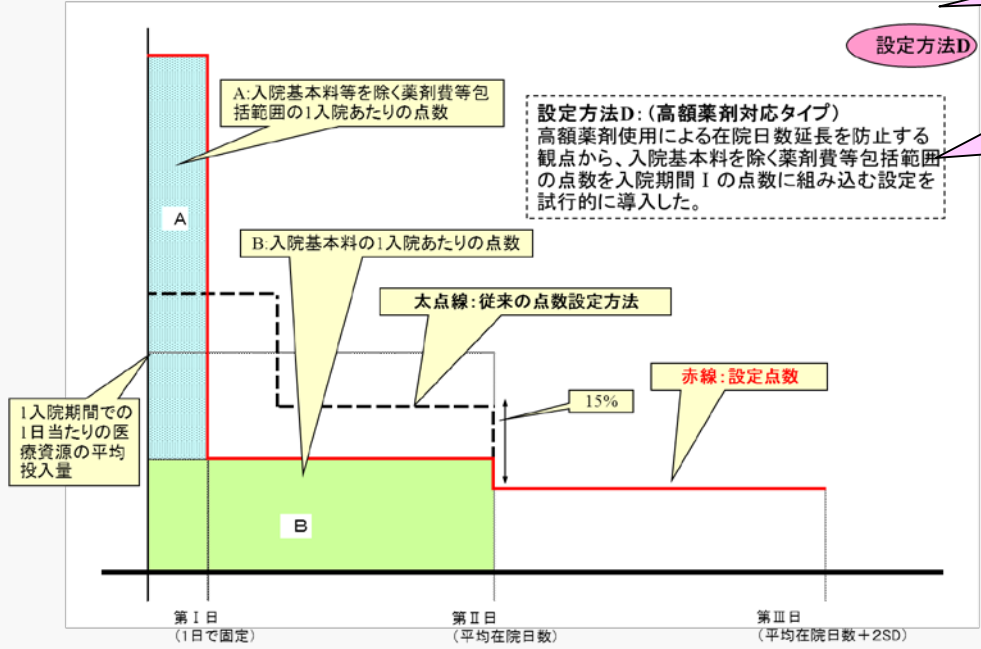
(具体例)

現行		改定案
010086 プリオン病	分離	010086 プリオン病 010089 亜急性硬化症全脳炎
030010 耳・鼻・口腔・咽頭の腫瘍 030160 大唾腺の良性腫瘍	統合	030150 耳・鼻・口腔・咽頭・大唾腺の腫瘍
180040 手術・処置等の合併症	分離	180040 手術・処置等の合併症 180041 移植臓器および組織の不全および拒絶反応

分離によりプリオン病の包括化が可能となる。

臨床的同等性、医療資源投入量の同等性の観点から統合。

点数設定方式Dの適用について



現行22分類が点数設定方式Dが適用されている。

平成26年改定では適用の廃止、新規追加などを行い、点数設定方式Dを適用すべき候補として計33分類挙げられた。

5. 診断群分類の見直し

【副傷病について】

- 診断群分類点数表に定義される副傷病を『定義副傷病』と呼ぶこととする。

様式 1 に記載する副傷病と区別するため

【定義テーブルの修正】

- 新たな技術等の保険収載が行われた際に、それに対応した診断群分類および定義テーブルの修正を行うこととする。

【新規に保険収載・効能追加され出来高算定の取り扱いとなっている薬剤(いわゆる「高額薬剤」)への対応について】

- 平成24年10月以前に中医協総会において高額薬剤とされたものについては、当該薬剤の1年以上の使用実績を把握することが可能であることから、原則として当該薬剤は包括評価とすることとし、必要に応じて当該薬剤の使用の有無による分岐を設定する等の対応について検討することとする。
- 平成24年10月以降に高額薬剤として認められた薬剤については、当該薬剤の使用実績に関するデータが十分ではないことから、原則として引き続き高額薬剤として取り扱うこととし、平成26年改定の診断群分類点数表の見直しに合わせて、再度当該薬剤にかかる出来高算定となる診断群分類の見直しを行うこととする。

平成26年改定では平成24年10月から平成25年9月のデータを元に診断群分類点数が設定される。

日医工MPIが作成している「DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤一覧」は診療報酬改定時に改訂となる。

6. 適切な傷病名コーディングの推進について

(1) レセプトの記載要領について

【130100 播種性血管内凝固症候群について】

- 「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であるか否かに関するよりの確な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
- ・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

アップコーディング是正のための導入的施行

- 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。

(2) 「DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト」について

- DPC/PDPS傷病名コーディングテキストは、次回改定（平成26年度）以降の活用に向けて今後も引き続き必要な見直しを行った上で、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。