

2014年診療報酬改定

D P C / P D P S 関連

2013年12月27日までの議論

(中医協・D P C 評価分科会資料より編集)



2014年診療報酬改定 D P C / P D P S (以下D P Cという) 関連項目

・ 全体的な目次

	大項目	#	詳細項目	PDF ページ
1	D P C 算定 (制度) 全体	①	3日ルールの変更	
		②	持参薬の取り扱いについて	
		③	退院患者調査 様式1の見直し	
		④	D P C 病院同士の合併について	
2	機能評価係数 I 関連	⑤	現行制度の継続	
3	機能評価係数 II 関連	⑥	データ提出指数	
		⑦	救急医療指数	
		⑧	地域医療指数	
		⑨	新規指数「後発医薬品指数 (仮称)」	
4	基礎係数	⑩	基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し	

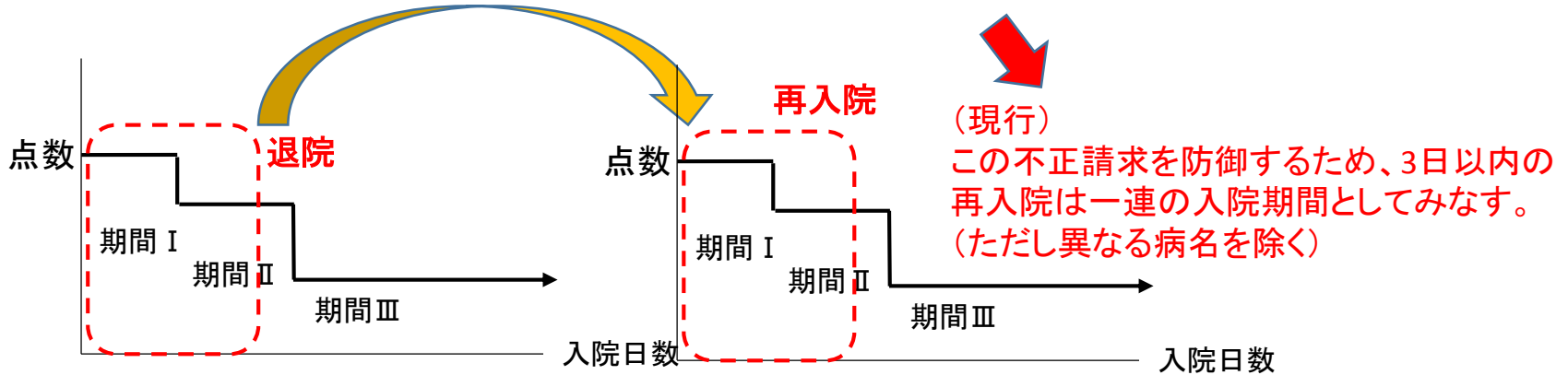
2014年診療報酬改定 D P C / P D P S (以下D P Cという) 関連項目

	大項目	#	詳細項目	PDF ページ
1	D P C算定(制度)全体	①	3日ルールの変更	
		②	持参薬の取り扱いについて	
		③	退院患者調査 様式1の見直し	
		④	D P C病院同士の合併について	
2	機能評価係数 I 関連	⑤	現行制度の継続	
3	機能評価係数 II 関連	⑥	データ提出指数	
		⑦	救急医療指数	
		⑧	地域医療指数	
		⑨	新規指数「後発医薬品指数(仮称)」	
4	基礎係数	⑩	基礎係数(医療機関群に関連する事項)の見直し	

①3日ルールの変更

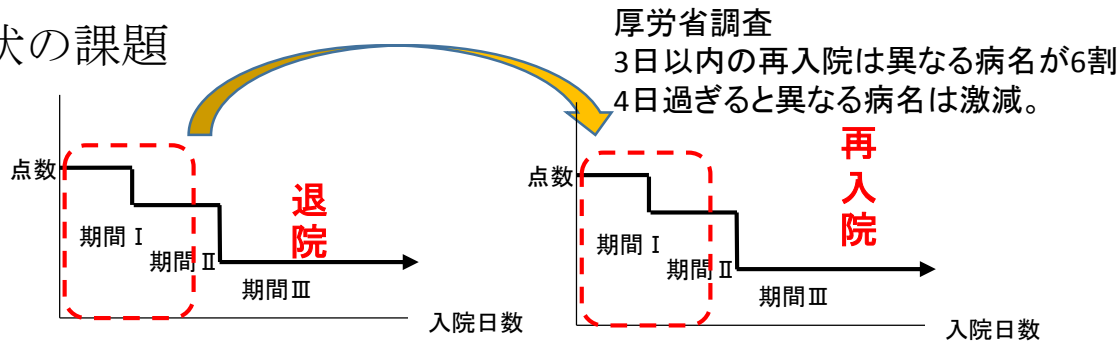
👉現在の制度

意図的に短期間で退院と再入院を繰り返すと
入院期間がリセットされて高い点数を算定することが出来てしまう。



DPCでは、入院期間が長いほど、包括点数が低くなる仕組みとなっている。

👉現状の課題



⇒（厚労省の調査）

退院3日以内の再入院は異なる病名が6割近い。
なのに4日目を超えると急に異なる病名が激減する。
病名操作が行われているのではないか？

①3日ルールの変更 (2014年診療報酬改定(案))

基準が追加される項目	既存の加算・管理料に算定基準の追加(検討中)
<ul style="list-style-type: none"> ・DPC算定ルール 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記のように変更する
<ul style="list-style-type: none"> ・再入院時の傷病名 <ul style="list-style-type: none"> ・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「入院契機となった傷病名」のDPC上6桁コードが、一致するものを「一連」とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・6桁を「2桁」に変更 <p>これにより、MDC18分類で同じ分類であれば、一連の入院期間とみなされる。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・3日以内の同一病名再入院について 	<ul style="list-style-type: none"> ・「7日以内」に改める。 <p>※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。</p> <p>※退院期間の日数は入院期間とはみなさない。</p>

※「7日」に延ばすことによる在院日数への影響や、8日目以降の再入院率の変化、検査の外来移行等の影響については、次回(16年)改定以降、退院患者調査等によって重点的に検証する

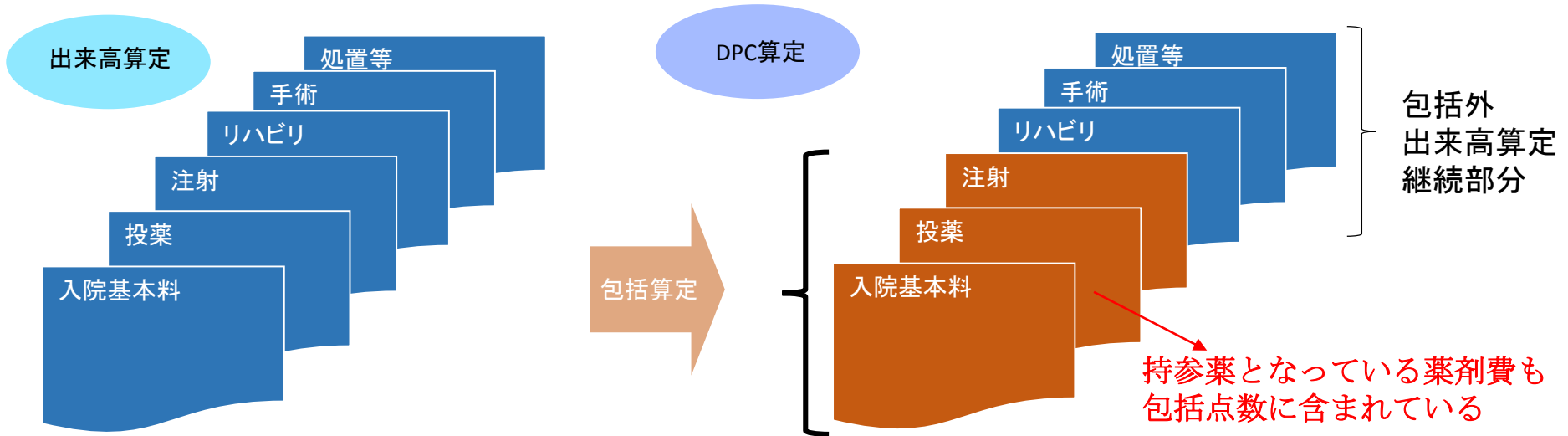
DPC評価分科会資料より編集

2014年診療報酬改定 D P C / P D P S (以下D P Cという) 関連項目

	大項目	#	詳細項目	PDF ページ
1	D P C算定 (制度) 全体	①	3日ルールの変更	
		②	持参薬の取り扱いについて	
		③	退院患者調査 様式1の見直し	
		④	D P C病院同士の合併について	
2	機能評価係数 I 関連	⑤	現行制度の継続	
3	機能評価係数 II 関連	⑥	データ提出指数	
		⑦	救急医療指数	
		⑧	地域医療指数	
		⑨	新規指数「後発医薬品指数 (仮称)」	
4	基礎係数	⑩	基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し	

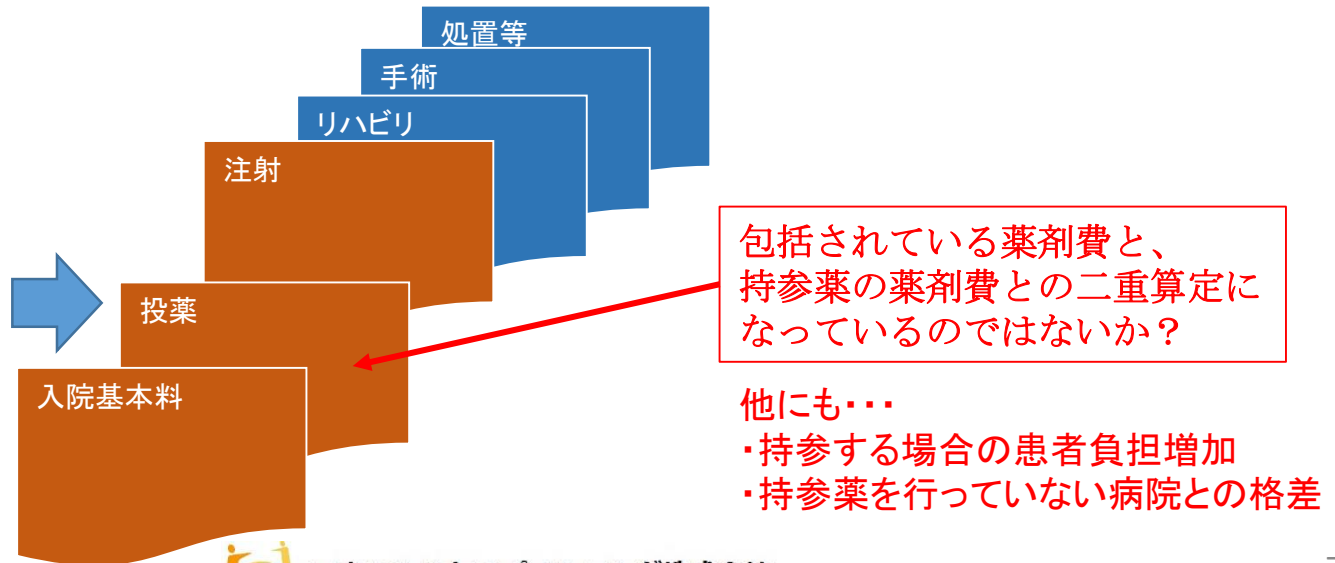
②持参薬の取り扱いについて

👉現在の制度



👉現状の課題

外来処方を行い
持参薬で入院時に
持参させる



②持参薬の取り扱いについて (2014年診療報酬改定(案))

新設および追加の算定基準	算定要件の新基準(処置・手術共通)
・持参薬について	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、当該病院の外來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)

※検証方法等

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

DPC 評価分科会資料より編集

2014年診療報酬改定 D P C / P D P S (以下D P Cという) 関連項目

	大項目	#	詳細項目	PDF ページ
1	D P C算定 (制度) 全体	①	3日ルールの変更	
		②	持参薬の取り扱いについて	
		③	退院患者調査 様式1の見直し ・様式1、3、4の変更 ・外来E Fファイルの調査拡大	
		④	D P C病院同士の合併について	
2	機能評価係数 I 関連	⑤	現行制度の継続	
3	機能評価係数 II 関連	⑥	データ提出指数	
		⑦	救急医療指数	
		⑧	地域医療指数	
		⑨	新規指数「後発医薬品指数 (仮称)」	
		⑩	基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し	
4	基礎係数			

③ 「退院患者調査」と「様式」の見直し

👉 見直しの主旨

D P Cの退院検証は、重要な要素である。

2014年度より、各病院から都道府県に対して「病棟機能の報告」を行うこととなっており、病床機能再編には入退院経路情報が重要である。

これまでD P Cにおいても、「退院患者調査」「特別調査」を実施している。

調査種別	調査内容
「退院患者調査」	当該病院で診療している患者に関する病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査
「特別調査」	中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査

③ 「退院患者調査」と「様式」の見直し

👉 見直しの内容（様式等・大項目）

様式	変更の概略
様式 1	<ul style="list-style-type: none">・ 簡易診療録情報の見直し・ 2014年（平26）改定以降の対応
様式 3	<ul style="list-style-type: none">・ 病床数の変更
様式 4	<ul style="list-style-type: none">・ 平成27年度以降から様式 4 を様式 1 に統合
外来 E F ファイル	<ul style="list-style-type: none">・ Ⅲ群のDPC対象病院も提出を必須化する

※詳細項目は、次ページに掲載

③ 「退院患者調査」と「様式」の見直し (2014年診療報酬改定(案))

項目名：様式 1	変更項目
変更内容 3. 入退院情報 (6)入院経路	下記の通り変更する 0 院内の他病棟からの転棟 1 家庭からの入院 4 他の病院・診療所の病棟からの転院 5 介護施設・福祉施設に入所中 8 院内で出生 9 その他 ・厚生労働省統計情報部が実施している「患者調査」と整合性をとり、入院経路をより精緻に調査する。 ・また、肺炎の診断群分類において医療・介護関連肺（NHCAP）が区別できるようになるため、重症度分類に活用できる可能性がある。
3. 入退院情報 (11)退院先	下記の通り変更する 0 院内の他病棟への転棟 1 家庭への退院（当院に通院） 2 家庭への退院（他院に通院） 3 家庭への退院（その他） 4 他の病院・診療所の病棟への転院 5 介護老人保健施設への入所 6 介護老人福祉施設への入所 7 社会福祉施設への入所 8 終了（死亡等） 9 その他 ・厚生労働省統計情報部が実施している「患者調査」と整合性をとり、入院経路をより精緻に調査する。 ・また、肺炎の診断群分類において医療・介護関連肺（NHCAP）が区別できるようになるため、重症度分類に活用できる可能性がある。

③ 「退院患者調査」と「様式」の見直し (2014年診療報酬改定(案))

項目名：様式 1	変更項目
変更内容 5.手術情報 (7)(14)(21)(28) (35)麻酔	「脊椎麻酔+硬膜外麻酔」を追加 ・脊椎麻酔と硬膜外麻酔を同時に行う症例に対応するため。
5.手術情報 (33)手術側数	「左右の区別のないもの」を追加する ・現行では、胃等左右の区別のない臓器に対する手術に対応するため
6.診療情報 (19)Hugh-Jones 分類 (20)NYHA 分類	肺高血圧症の重症度調査は(19)から(20)に変更する ・肺高血圧症ガイドライン（日本循環器学会）の2012年改訂版に基づき、肺高血圧症の重症度分類の調査をNYHA 分類に変更する

D P C 評価分科会資料より編集

③ 「退院患者調査」と「様式」の見直し (2014年診療報酬改定 (案))

D P C 評価分科会資料より編集

項目名：様式 1	新規項目
新規項目	新規項目は以下の通り
3. 入退院情報	<p>入院前と退院後の在宅医療の有無</p> <p>0 無 1 当院が提供 2 他施設が提供 9 不明</p> <p>・ DPC 病院における在宅医療の実施の有無と、DPC 病院以外における在宅医療に係る連携の状況を明らかにするため、入院の前後における在宅医療の実施状況について調査する。 【参考：患者調査における在宅医療】 以下の①～③に該当するものを指す。 ①往診 ②訪問診療 ③医師・歯科医師以外の訪問</p>
6. 診療情報	<p>抗リウマチ分子標的薬の初回治療の有無</p> <p>・ 初回と2 回目以降で投与量が大幅に異なるため、初回治療の有無で医療資源投入量が異なるか否かについて調査し、必要に応じて当該調査項目に基づき分岐を設定する。</p>
6. 診療情報	<p>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」</p> <p>0 無し 1 I～II 2 III～IV・M</p> <p>・ 認知症による介護が必要な患者については医療資源投入量や在院日数が異なるか否かについて調査する。 ・ 65 歳以上の患者又は40 歳以上の介護保険が適用されている患者で、疾患による一時的な変化を除外した入院時の患者の平素の状態を調査する。</p>

③ 「退院患者調査」と「様式」の見直し (2014年診療報酬改定(案))

いずれもDPC評価分科会資料より編集

項目名：様式1	新規項目
6.診療情報	<p>入院時と退院時の褥瘡の深さ (DESIGN 分類のD0~D5 を入力)</p> <p>・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。</p>
6.診療情報	<p>持参薬の使用の有無</p> <p>0 持参薬を使用していない 1 自院で処方された持参薬を使用 2 他院で処方された持参薬を使用 3 自院・他院で処方された持参薬を両方を使用</p> <p>・予定入院の症例について、持参薬の使用状況を調査する。</p>

項目名：様式3	新規項目
施設情報	<p>現行の調査項目となっている「保険診療として地方厚生(支)局に届けられた病床数(届出病床数)」に加え、医療法上の「許可病床数」及び「休止病床」について調査項目に加える。</p> <p>(※「休止病床」の定義) 医師・看護師等の職員の不足やノロウイルス等の感染症の発生等によって新たな入院患者の受入を休止している病床であって、地方厚生支局に休止を届ける予定のない病床。</p> <p>医療法第25条 立入検査における通知では、 過去1年間にわたり稼働していない病床を休床として、休床を除く病床を「稼働病床」という。</p>

項目名：様式4	新規項目
様式4について	調査様式の簡素化の観点から、平成27年度以降から様式4を様式1に統合することとする。

③ 「退院患者調査」と「様式」の見直し (2014年診療報酬改定(案))

項目名：外来E F統合ファイル	変更項目
・外来E F統合ファイルは、I群、II群に提出義務がある	Ⅲ群にも提出を必須化する。 ※Ⅲ群は任意となっているが、現在Ⅲ群における外来E Fファイルの提出率は、92%となっている。 ※今後、化学療法等の外来・入院の診療内容を検討する上で外来E F統合ファイルが有用である。

D P C評価分科会資料より編集

2014年診療報酬改定 D P C / P D P S (以下D P Cという) 関連項目

	大項目	#	詳細項目	PDF ページ
1	D P C算定 (制度) 全体	①	3日ルールの変更	
		②	持参薬の取り扱いについて	
		③	退院患者調査 様式1の見直し	
		④	D P C病院同士の合併・分割について	
2	機能評価係数 I 関連	⑤	現行制度の継続	
3	機能評価係数 II 関連	⑥	データ提出指数	
		⑦	救急医療指数	
		⑧	地域医療指数	
		⑨	新規指数「後発医薬品指数 (仮称) 」	
4	基礎係数	⑩	基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し	

④ D P C 病院同士の合併・分割について

厚生労働省通知より編集

項目名：合併について	新規項目
新規項目	<p>(1) D P C 対象病院の合併について D P C 対象病院が、D P C 対象病院等（D P C 制度参加病院以外を含む）と合併の予定があり、合併後もD P C 制度への継続参加を希望している場合は、合併（予定）年月日の6か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に届け出ること。</p> <ul style="list-style-type: none">① 合併の場合は、合併前の主たる病院がD P C 対象病院であること② 申請の直近1年以上、継続してデータが提出されていること③ 申請の直近1年の（データ/病床）比が1か月あたり0.875以上であること <p>(2) D P C 病院の分割について D P C 対象病院が分割の予定があり、分割後もD P C 制度への継続参加を希望している場合は、分割（予定）年月日の6か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に届け出ること。</p> <p>(3) 審査 合併又は分割の申請が行われた場合は、申請の可否について中央社会保険医療協議会において審査・決定することとする。申請が認められた場合には、合併又は分割後もD P C 対象病院としてD P C 制度に継続参加するものとする。</p> <p>申請が認められなかった病院は、合併又は分割年月日にD P C 制度から退出するものとする。 （この場合は、退出届を提出すること）</p> <p>申請が認められなかった病院は、次々回診療報酬改定までの間、「D P C 導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加しなければならないものとする。ただし、当該調査期間中にA100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又はA105専門病院入院基本料を算定している場合に限る。</p> <p>(4) 不服申し立て 審査・決定内容については、予め当該病院に通知するものとし、通知した決定案に不服がある病院は、1回に限り別紙5に定める不服意見書を厚生労働省保険局医療課長に提出することができるものとする</p>

④ D P C 病院同士の合併・分割について

厚生労働省通知より編集

項目名：合併について	新規項目
新規項目	<p>(5) 継続して基準を満たしているかについての審査 申請が認められた病院が合併又は分割後において以下の基準を満たしていない場合は、D P C 制度から退出するものとする。</p> <ul style="list-style-type: none">① 合併又は分割後、6か月以上のデータが遅滞なく提出されていること。② 合併又は分割後、6か月の（データ/病床）比が1か月あたり0.875以上であること。 <p>満たせなくなった場合は、退出届を提出すること。</p>

2014年診療報酬改定 D P C / P D P S (以下D P Cという) 関連項目

	大項目	#	詳細項目	PDF ページ
1	D P C算定 (制度) 全体	①	3日ルールの変更	
		②	持参薬の取り扱いについて	
		③	退院患者調査 様式1の見直し	
		④	D P C病院同士の合併について	
2	機能評価係数 I 関連	⑤	現行制度の継続	
3	機能評価係数 II 関連	⑥	データ提出指数	
		⑦	救急医療指数	
		⑧	地域医療指数	
		⑨	新規指数「後発医薬品指数 (仮称)」	
4	基礎係数	⑩	基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し	

⑤現行制度の継続

2014年（平26）診療報酬改定

機能評価係数Ⅰに関しては、従来通りの方式を継続する。

2014年診療報酬改定 D P C / P D P S (以下D P Cという) 関連項目

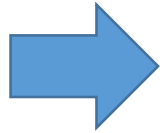
	大項目	#	詳細項目	PDF ページ
1	D P C算定 (制度) 全体	①	3日ルールの変更	
		②	持参薬の取り扱いについて	
		③	退院患者調査 様式1の見直し	
		④	D P C病院同士の合併について	
2	機能評価係数 I 関連	⑤	現行制度の継続	
3	機能評価係数 II 関連	⑥	データ提出指数 ・名称変更 ・様式間の記載の矛盾へのペナルティ ・I群の保険指導参加の評価	
		⑦	救急医療指数	
		⑧	地域医療指数	
		⑨	新規指数「後発医薬品指数 (仮称)」	
4	基礎係数	⑩	基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し	

⑥データ提出指数

 名称の変更

現行

データ提出指数



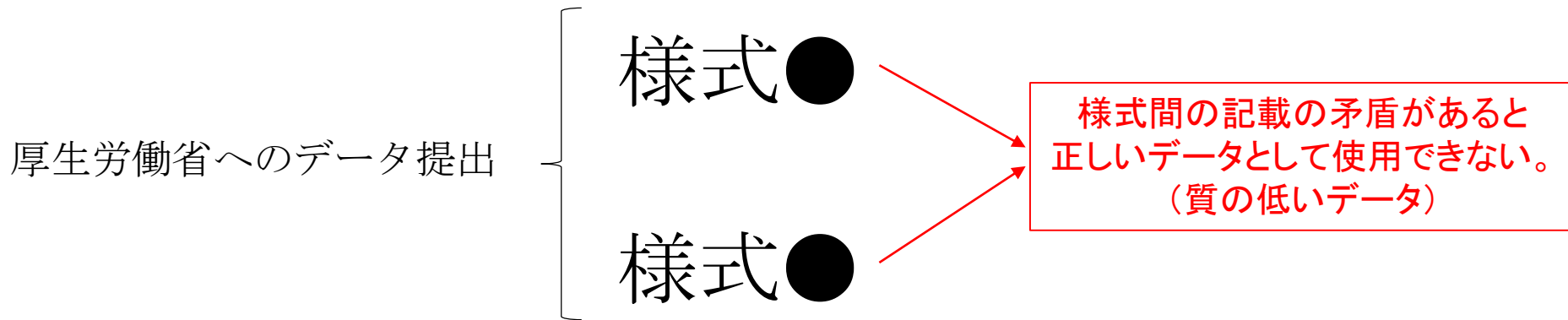
2014年診療報酬改定以降

保険診療指数 (仮称)

D P C 評価分科会資料より編集

⑥データ提出指数

👉 現行制度の課題



このような、質の低いデータを提出する医療機関が、未だ存在している。

D P C 評価分科会資料より編集

⑥データ提出指数 (2014年診療報酬改定(案))

新設および追加の算定基準	算定要件の新基準(処置・手術共通)
・データ提出指数	様式間の記載事項に 「矛盾が1%以上発生する場合」指数の減点を行う。

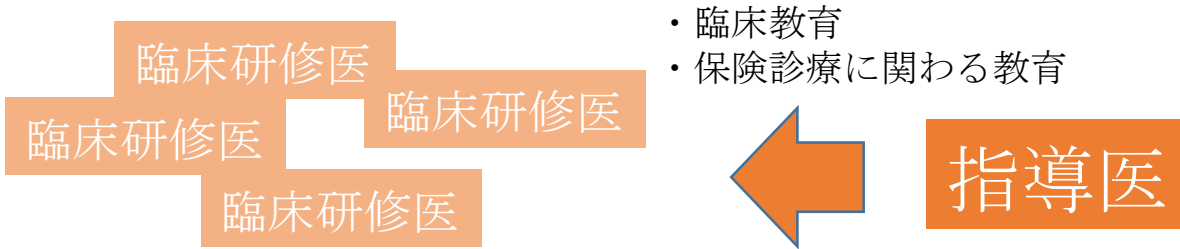
※「部位不明・詳細不明のコード」については、基準の厳格化は見送りに。

標準病名マスターが対応していないことが原因で一定程度発生してしまう可能性があり、現時点では医療機関の努力のみで解決が難しい点もあることから、現在の「20%以上」という基準をより厳しく設定するのは妥当ではない。

D P C 評価分科会資料より編集

⑥データ提出指数

👉 I 群（大学病院本院）の保険診療の質についての課題



医療保険制度を熟知した医師を養成し適切な保険診療に関する教育の普及を図る必要があるが、日常的な診療を行うのみでは一定の限界があると考えられることから、一定期間保険行政にたずさわることが望ましいと考えられる。

過去3年間の特定共同指導・共同指導における主な指摘の件数群別に比較した結果、I群病院（大学病院本院）は研修医数が多く教育的機能が期待されているにもかかわらず指摘事項が多い。

👉 I 群（大学病院本院）の保険診療の質の向上

保険行政に保険指導医を派遣している医療機関はDPCデータの質が高い傾向が認められている。

⑥データ提出指数 (2014年診療報酬改定(案))

新設および追加の算定基準	算定要件の新基準(処置・手術共通)
・データ提出指数	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年間派遣した場合、指数を一定程度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。

D P C評価分科会資料より編集

2014年診療報酬改定 D P C / P D P S (以下D P Cという) 関連項目

	大項目	#	詳細項目	PDF ページ
1	D P C算定 (制度) 全体	①	3日ルールの変更	
		②	持参薬の取り扱いについて	
		③	退院患者調査 様式1の見直し	
		④	D P C病院同士の合併について	
2	機能評価係数 I 関連	⑤	現行制度の継続	
3	機能評価係数 II 関連	⑥	データ提出指数	
		⑦	救急医療指数	
		⑧	地域医療指数	
		⑨	新規指数「後発医薬品指数 (仮称)」	
4	基礎係数	⑩	基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し	

⑦救急医療指数 (2014年診療報酬改定(案))

- 重症な患者が算定すると考えられる入院料を入院初日から算定している患者を対象を限定して評価する。

基準見直の検討	既存の加算・管理料に算定基準の追加(検討中)
救急医療指数	<p>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〕</p> <p>【「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</p> <ul style="list-style-type: none">・「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」 <p>【「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</p>

D P C評価分科会資料より編集

2014年診療報酬改定 D P C / P D P S (以下D P Cという) 関連項目

	大項目	#	詳細項目	PDF ページ
1	D P C算定 (制度) 全体	①	3日ルールの変更	
		②	持参薬の取り扱いについて	
		③	退院患者調査 様式1の見直し	
		④	D P C病院同士の合併について	
2	機能評価係数 I 関連	⑤	現行制度の継続	
3	機能評価係数 II 関連	⑥	データ提出指数	
		⑦	救急医療指数	
		⑧	地域医療指数	
		⑨	新規指数「後発医薬品指数 (仮称)」	
4	基礎係数	⑩	基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し	

⑧地域医療指数

👉 現行制度と追加項目

2013（平25）年度からの医療計画に「精神疾患」が追加となり、また急性心筋梗塞への対応強化など意味から、2014年診療報酬改定のDPCにおける「地域医療指数」に

「⑪精神身体合併症の受け入れ体制」「⑫24時間診療体制」を追加する（10項目⇒12項目）。

	項目	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がん診療連携拠点病院	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体制	—
5 事 業	救急医療	—	④救急医療	—
	災害における医療	—	⑤災害時における医療 (+災害拠点病院)	⑩EMIS(広域災害・救急 医療情報システム)
	へき地の医療	—	⑥へき地の医療	—
	周産期医療	—	⑦周産期医療	—
	小児医療	—	—	—
	在宅医療	—	—	—

※赤字が「新規項目」

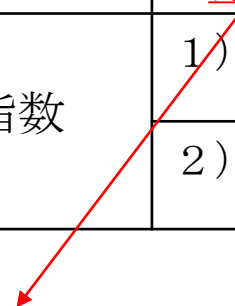
黄色は、実績評価の要素を加味する項目

DPC評価分科会資料より編集

⑧地域医療指数

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 ・ <u>評価上限値</u>を設定
定量評価指数	1) 小児
	2) 上記以外

2014年（平26）改定	
体制評価指数	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>計12項目（全頁参照）</u> ・ 一部実績を加味 ・ <u>群別に</u>上限値を設定
定量評価指数	1) 小児
	2) 上記以外



・ 2014年改定は、群別の評価

評価上限値（ポイント）
 ・ 10項目中7項目（ポイント）

※現行に「小児がん拠点病院」を追加
 （2013年2月に新規指定）



評価上限値（ポイント）
 ・ I群、II群：12項目中10項目（ポイント）
 ・ III群は、12項目中8項目（ポイント）

※2015年（平27）より、下記を追加
 ・ 地域がん診療病院
 ・ 特定領域がん診療病院
 （いずれも2014年（平26）より新規指定）

D P C 評価分科会資料より編集

⑧地域医療指数 (2014年診療報酬改定(案))

基準見直の検討	既存の加算・管理料に算定基準の追加(検討中)
<ul style="list-style-type: none"> ・機能評価係数 地域医療指数 	<p>体制評価指数に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p style="text-align: right;">上記2項目を追加し、12項目とする。</p>

・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)

・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)

⑧がん拠点病院について

「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。(DPC評価分科会)

D P C 評価分科会資料より編集



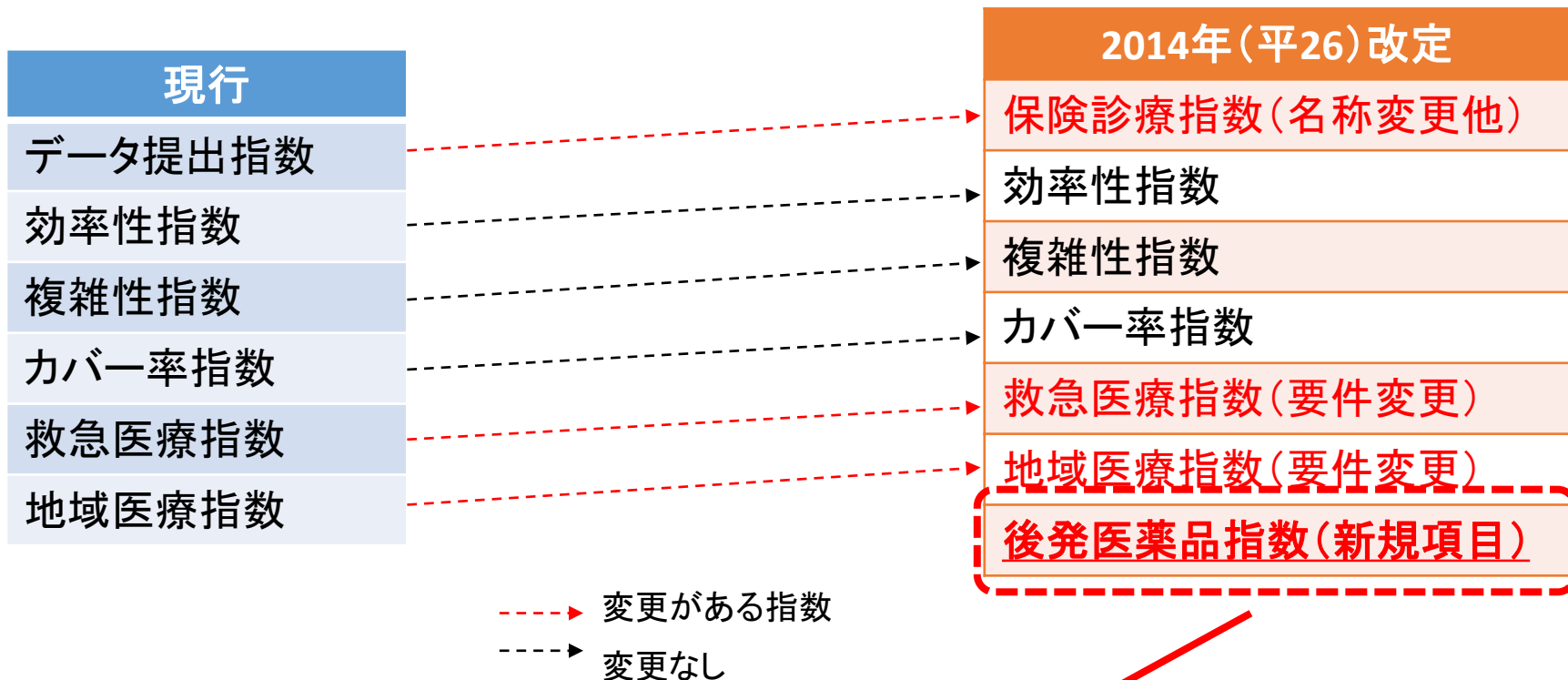
2014年診療報酬改定 D P C / P D P S (以下D P Cという) 関連項目

	大項目	#	詳細項目	PDF ページ
1	D P C算定 (制度) 全体	①	3日ルールの変更	
		②	持参薬の取り扱いについて	
		③	退院患者調査 様式1の見直し	
		④	D P C病院同士の合併について	
2	機能評価係数 I 関連	⑤	現行制度の継続	
3	機能評価係数 II 関連	⑥	データ提出指数	
		⑦	救急医療指数	
		⑧	地域医療指数	
		⑨	新規指数「後発医薬品指数 (仮称)」	
4	基礎係数	⑩	基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し	

⑨後発医薬品指数（新規項目）

👉 現行制度と追加項目

※機能評価係数Ⅱに新規項目の追加



※2014年（平26）より、機能評価係数Ⅱに「**後発医薬品指数**」が追加される。

⑨後発医薬品指数（新規項目）

👉 現行の課題

後発医薬品使用割合（新指標）に関する基礎集計

DPC評価分科会資料より

	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
D P C対象病院	40.7%	30.1%	37.2%
D P C準備病院	34.2%	28.3%	32.5%
全体	40.3%	30.0%	<u>36.9%</u>

※包括：出来高の数量ベースでの対比は、73.4：26.6 となっている。
(DPC適用病院＋準備病院データ)

国全体として、包括・出来高に関係なく、後発医薬品の使用割合60%を目指すというロードマップに向けて、更なる後発医薬品の採用を促進する。

⑨後発医薬品指数（新規項目） （2014年診療報酬改定（案））

新設および追加の算定基準	算定要件の新基準（処置・手術共通）
<ul style="list-style-type: none">機能評価係数に新項目	<p>後発医薬品の数量シェアを60%を基準上限として、連続値で評価する。</p> <ul style="list-style-type: none">数量シェアの計算方法 $\text{シェア} = \frac{\text{後発医薬品の数量}}{\text{後発医薬品のある先発薬の数量} + \text{後発医薬品の数量}}$ <p>※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。</p>

D P C評価分科会資料より編集

2014年診療報酬改定 D P C / P D P S (以下D P Cという) 関連項目

	大項目	#	詳細項目	PDF ページ
1	D P C算定 (制度) 全体	①	3日ルールの変更	
		②	持参薬の取り扱いについて	
		③	退院患者調査 様式1の見直し	
		④	D P C病院同士の合併について	
2	機能評価係数 I 関連	⑤	現行制度の継続	
3	機能評価係数 II 関連	⑥	データ提出指数	
		⑦	救急医療指数	
		⑧	地域医療指数	
		⑨	新規指数「後発医薬品指数 (仮称)」	
4	基礎係数	⑩	基礎係数 (医療機関群に関連する事項) の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・実績要件1 診療密度 ・実績要件3 高度な医療技術 	

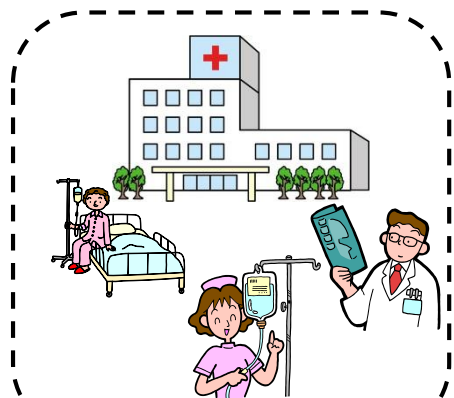
⑩実績要件 1 : 診療密度について

👉現在の制度

一定以上の「診療密度」とは？

• 診療密度とは？

= [一日あたり包括範囲出来高平均点数]



包括範囲の出来高点数が
「一定以上」であれば、基準を満たす。

※包括範囲の出来高点数とは、
「投薬」「注射」「検査(一部を除く)」「画像」などが含まれ、
重症患者等になるほど、その件数は増える。

DPC包括範囲出来高の平均点数

簡単に説明すると・・・

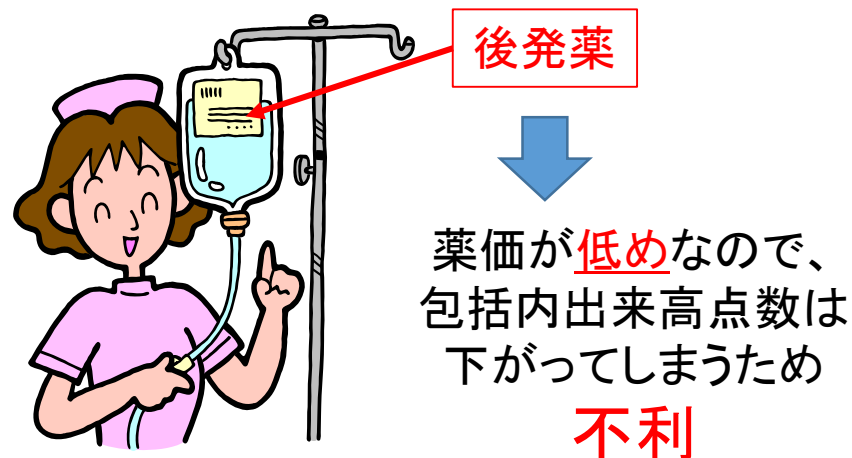
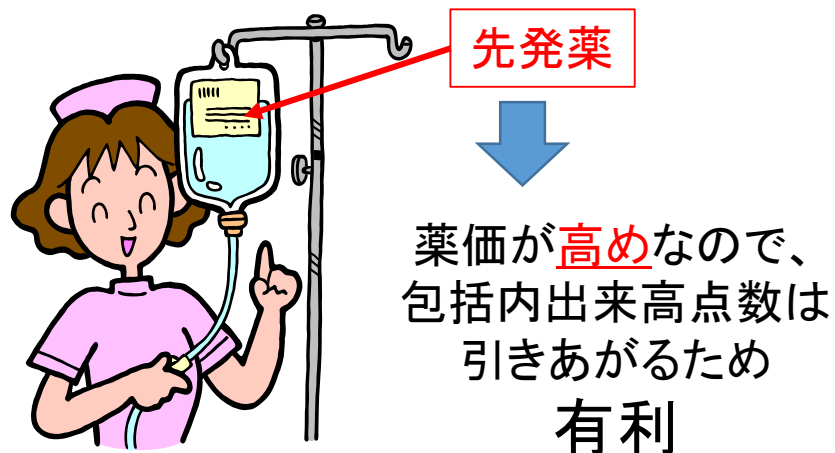
• 診療密度とは重症者であれば、包括内出来高点数も増加するという考え方。
重症者の多い病院ほど、評価を高くすることが目的。



⑩実績要件 1 : 診療密度について

👉現在の課題

単純な包括内出来高点数の比較であれば、「後発医薬品」より、「先発医薬品」の方が有利になってしまう。



考え方と矛盾している。

国としては、後発医薬品の採用率を60%まで
引き上げることを目標としている。

⑩実績要件 1：診療密度について (2014年診療報酬改定(案))

基準見直の検討	既存の加算・管理料に算定基準の追加(検討中)
・基礎係数 実績要件 1 診療密度について	後発医薬品の評価については、機能評価係数Ⅱに「後発医薬品指数(仮称)」を新設し、評価する。2014年度の診療報酬改定では、現行通りの運用とする。 (2016年度改定に再検討となる可能性がある)

D P C 評価分科会資料より編集

⑩実績要件 3 : 高度な医療技術の実施について

👉現在の制度

一定以上の「高度な医療技術の実施」とは？

• 高度な医療技術の実施とは？

= [次の3つ (3a~3c)がそれぞれ一定の基準を満たす]

(3a) : 手術1件あたりの「手術協力医師数」と「手術時間数」の、かかる、高度な手術を何件行っているかを評価する。

(3b) : DPC算定病床あたりの3aの指数
(3aに該当する手術のみ少数行えばクリアできることを補正する)

(3c) : 一定以上の手術件数があること。

(外保連データ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)



⑩実績要件3：高度な医療技術の実施について (2014年診療報酬改定(案))

基準見直の検討	既存の加算・管理料に算定基準の追加(検討中)
<ul style="list-style-type: none">高度な技術の判定 (3c)：一定以上の手術件数があること。	手術実施症例件数については、 最新の「外保連試案(第8.2版)」を活用する。

D P C評価分科会資料より編集