

# 平成26年度診療報酬改定関係資料 ( DPC制度 )

この資料は、関係者の準備に資することを目的として、現段階の案を掲載したものです。今後、変更があり得るので、官報及び通知の内容を改めてご確認ください。

平成 26 年 3 月

厚生労働省保険局医療課

# 目 次

第1部 急性期入院医療に係る診断群分類別包括評価（DPC制度の概要） . . . . .

第2部 告示（案）

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法 . . . . .

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者 . . . . .

厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名 . . . . .

厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数Ⅰ及び機能評価係数Ⅱ . . . . .

第3部 通知（案）

DPC制度への参加等の手続きについて . . . . .

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について . . . . .

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第五項第三号の規定に基づき厚生労働大臣が実施する調査について . . . . .

# 第1部

## 急性期入院医療に係る診断群分類別 包括評価（DPC制度）の概要

# 急性期入院医療に係る診断群分類別包括評価（DPC制度）について

（下線部は、見直し項目）

## 1. DPC対象病院

### ○ DPC対象病院としての基準

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料について、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。
- ② 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。
- ③ 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
  - 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
- ④ 上記③のイの調査において、調査期間1か月当たりの（データ/病床）比が0.875以上であること。
- ⑤ 「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。

## 2. 対象患者

- 一般病棟の入院患者であって、傷病名等が診断群分類【別紙1】に該当するもの。ただし、以下のものを除く。

入院後24時間以内の死亡患者、生後7日以内の新生児の死亡、臓器移植患者、評価療養を受ける患者、回復期リハビリテーション病棟入院料等の算定対象患者、その他厚生労働大臣が定める者

## 3. 診療報酬の額

診療報酬の額は、以下に掲げる額の合計額とする。【別添2】

### （1）診断群分類による包括評価

- 診断群分類毎の1日当たり点数×医療機関別係数×入院日数×10円

### （2）出来高評価

- 入院基本料等加算（総合入院体制加算等を除く）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料を除く。）、リハビリテーション、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療、画像診断管理加算、選択的動脈造影カテーテル手技、カテーテル法による諸検査の一部、内視鏡検査、診断穿刺、処置（基本点数1,000点以上のもの）、病理診断・判断料、術中迅速病理組織標本作製、無菌製剤処理料、HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）、血友病等に使用する血液凝固因子製剤、慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流について、出来高により算定した額

#### 4. 診断群分類による包括評価の算定方法

##### (1) 診断群分類毎の1日当たり点数【別添3】

###### ○ 点数設定パターン（4種類）

診断群分類毎の1日当たり点数は入院日数に応じて3段階の点数を設定。（診断群分類の入院日数の25パーセンタイル値まで（入院期間Ⅰ）は、平均点数に15%加算し、平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。ただし、入院期間Ⅰの医療資源の投入量が、非常に大きい又は小さい場合には、この限りではない。

また、高額薬剤、材料等を使用する特定の診断群分類について、在院日数遷延を防止する観点から、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込んで設定。

##### (2) 医療機関別係数【別添4・5】

###### ○ 医療機関別係数は次の①から③を合算したもの。

###### ① 機能評価係数

###### ・機能評価係数Ⅰ

医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等、医療機関単位での構造的因子(Structure)を評価する係数として、全て出来高評価体系における点数設定を元に設定。

###### ・機能評価係数Ⅱ

診療実績や医療の質的向上への貢献等に基づき、医療機関が担うべき役割や機能を評価する係数【別添6・7・8】

###### ② 基礎係数

直近の医療機関群別包括範囲出来高点数（改定前の点数表及び退院患者調査に基づく実績値）の平均値に改定率を乗じた報酬に相当する係数

###### ③ 暫定調整係数

「調整係数」による調整部分の一定割合を段階的に「機能評価係数Ⅱ」による包括報酬に置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する（平成30年度改定で廃止を想定）。平成26年度改定において、機能評価係数Ⅱへの移行（置換え）割合は50%で設定。

##### 【平成26年度改定における暫定調整係数の計算方法】

〔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

### (3) その他

- ① 入院期間が著しく長い場合の取扱い
  - ・ 入院期間が診断群分類毎の特定入院期間（平均在院日数から標準偏差の2倍を超えた場合、その超えた日以降は、出来高により算定する。
- ② 7日以内に再入院（再転棟）した場合の取扱い
  - ・ 診断群分類番号の上2桁が同一の傷病名で7日以内に再入院（再転棟）した場合については、前回入院と一連の入院とみなす。
- ③ 特定入院期間と薬剤等包括評価項目の取扱い
  - ・ 化学療法等を特定入院期間内に実施していないにも係らず、「化学療法あり」等の診断群分類により算定する場合は、当該化学療法薬等は別途算定できないこととする。
- ④ 持参薬の取り扱い
  - ・ 予定入院の患者において、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こととする。

### 5. 診療報酬の請求【別添9・10】

- 退院時の診断群分類が入院中のものと異なる場合には、退院時に診療報酬の差額を調整する。
- 診療報酬明細書については、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も記載する（特定入院料を算定する期間も含む）。

### 6. 実施時期等

平成26年4月1日

## 診断群分類について

### （診断群分類について）

- 本包括評価制度の基礎となる診断群分類（Diagnosis Procedure Combination）は、専門家による臨床的観点からの検討と調査参加病院から収集したデータとに基づき開発された、日本独自の分類。
- 日本における診断群分類は、まず、傷病名（「医療資源を最も投入した傷病名（※）」）により分類し、次に診療行為（手術・処置等）等により分類。
  - ※ 「医療資源を最も投入した傷病名」とは、入院患者の入院期間全体を通してみて、治療した傷病のうち、最も人的・物的医療資源を投入した傷病名であり、1入院中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病名」は1つに限って決定。
- 傷病名は、国際疾病分類（ICD：International Classification of Disease）に基づいて定義。また、手術、処置等は、診療報酬点数表上の区分であるKコード、Jコード等に基づいて定義。

### （診断群分類の見直しについて）

- 臨床専門家により構成される診断群分類調査研究班における見直し案の報告及び平成24年10月から平成25年9月までの合計12か月分の退院患者調査のデータに基づき診断群分類の見直しを実施。
  - ・ DPC上6桁コードで定義される傷病名の統合・分割
  - ・ 副傷病による分岐の精緻化 等

（見直し前）

516疾患

2,927診断群分類（告示）

（見直し後）

→ 504疾患

→ 2,873診断群分類（告示）

### （診断群分類ごとの包括評価について）

- 見直し後の診断群分類のうち2,309の診断群分類について、1日当たりの包括評価の診療報酬点数を設定。

# 急性期入院医療の包括評価の算定について

## <出来高での積算内訳>

入院基本料
検査（内視鏡検査等を除く）
画像診断（画像診断管理加算、選択的動脈造影カテーテル手技を除く）
投薬
注射（無菌製剤処理料を除く）
処置（基本点数1,000点以上を除く）
病理診断（判断料等を除く）

手術・麻酔
放射線治療
医学管理（手術前医学管理料、手術後医学管理料を除く）
基本点数1,000点以上の処置
リハビリテーション（薬剤料を除く）
精神科専門療法（薬剤料を除く）
内視鏡検査等



包括評価

診断群分類毎の1日当たり点数×医療機関別係数×入院日数

- 診断群分類毎の1日当たり点数：診断群毎の入院日数に応じて3段階で設定。
  - ・ 入院期間Ⅰは平均点数に15%加算し、平均日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。
  - ・ 特に、入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい場合は、入院期間Ⅰは、その間での平均点数とし、平均日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。
  - ・ 入院初期の医療資源の投入量が小さい場合は、入院期間Ⅰは平均点数に10%加算し、平均日数を超えた日から前日の点数の90%で算定。
  - ・ 特定の診断群分類については、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込まれた点数で算定。
  - ・ 入院期間が著しく長期になる場合（平均在院日数+2標準偏差）には、出来高により算定。
- 医療機関別係数：基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数（Ⅰ及びⅡ）を合算したもの

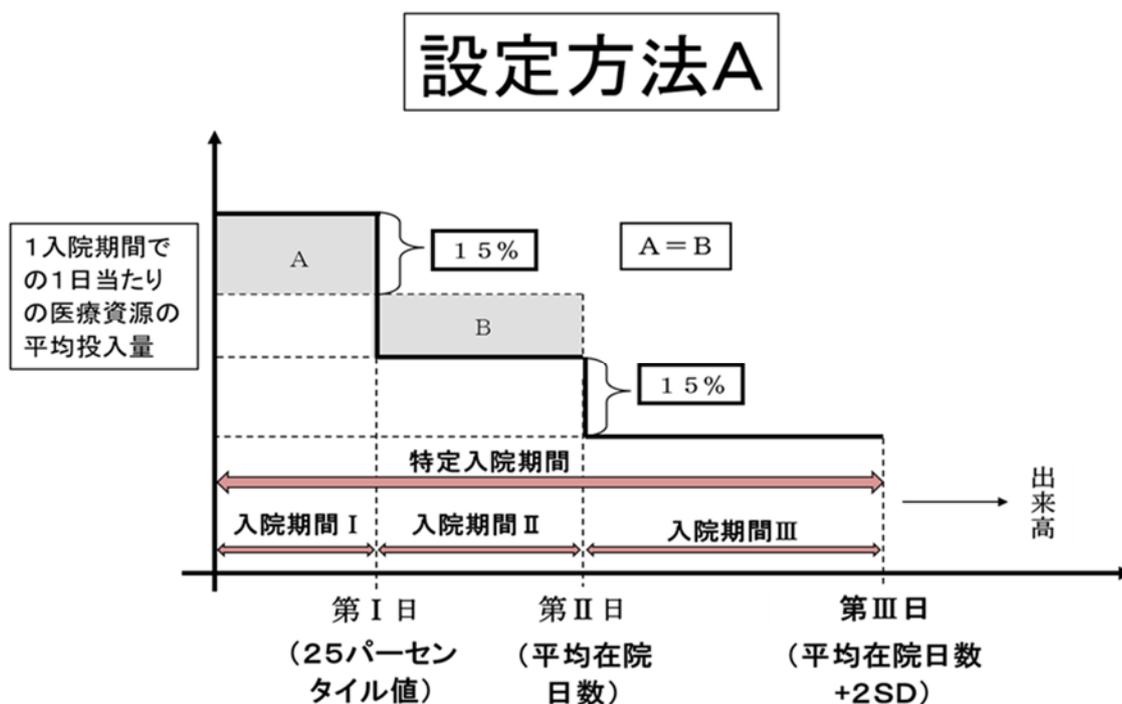
+ 出来高評価

- 出来高により算定

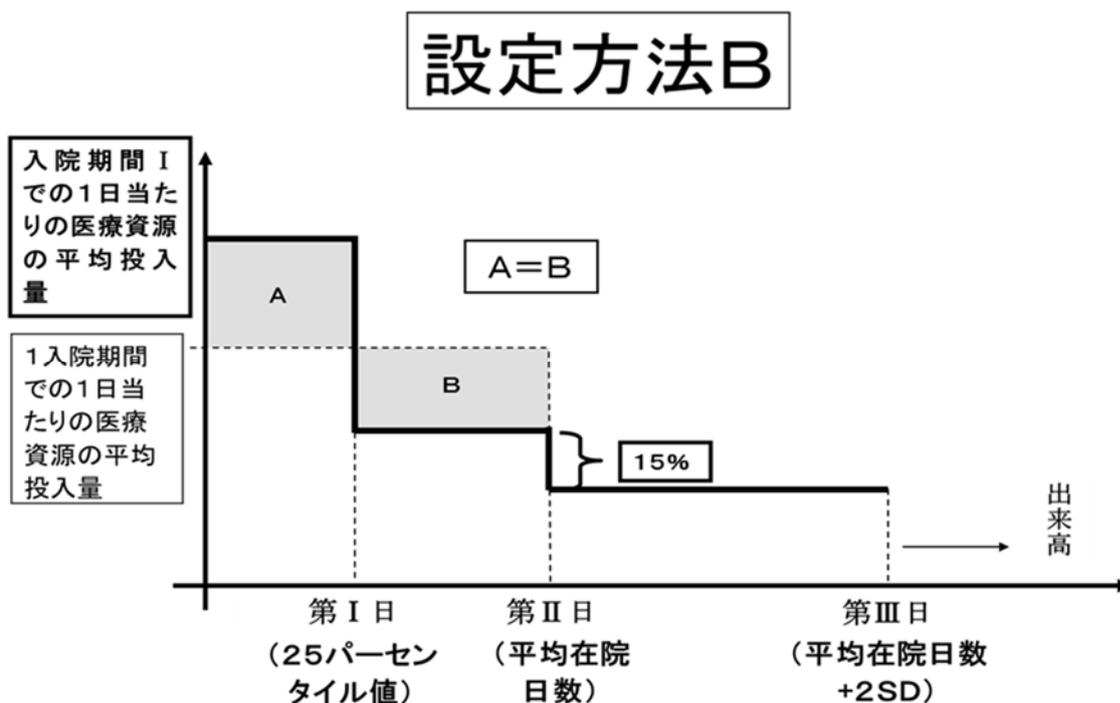
※ 24時間以内の死亡者、臓器移植患者、生後7日以内の新生児の死亡、評価療養を受ける患者等については、診断群分類による包括評価の対象外とし、従来どおり出来高で算定。

## 1日当たり点数の設定について

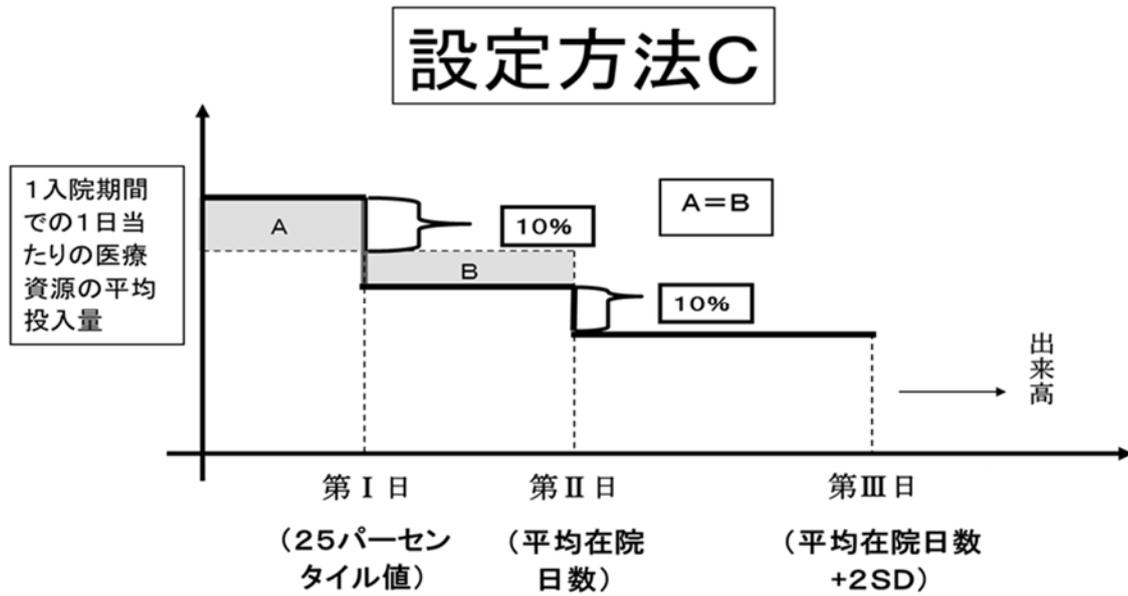
(従来と同じ設定方法)



(入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい場合の設定方法)



(入院初期の医療資源の投入量が小さい場合の設定方法)



(高額薬剤等に係る診断群分類における設定方法)

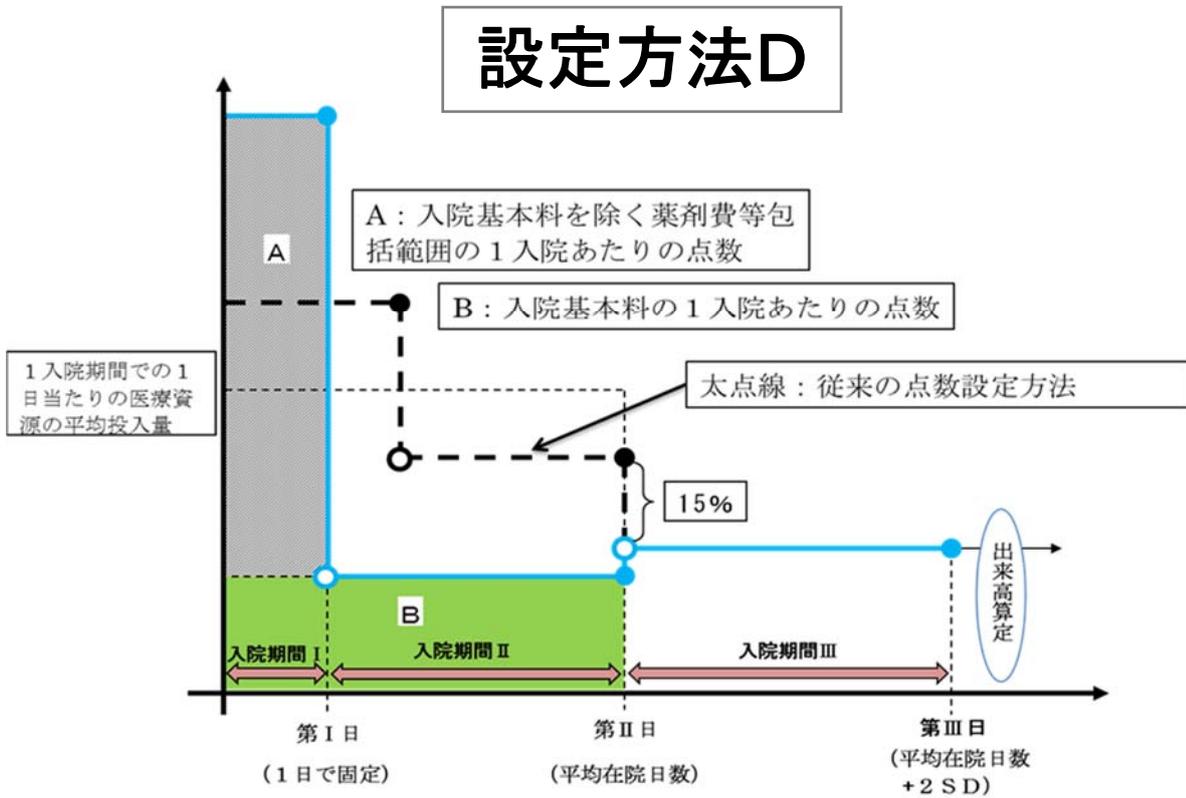


図 1 : DPC/PDPS 調整係数の医療機関係数のあり方

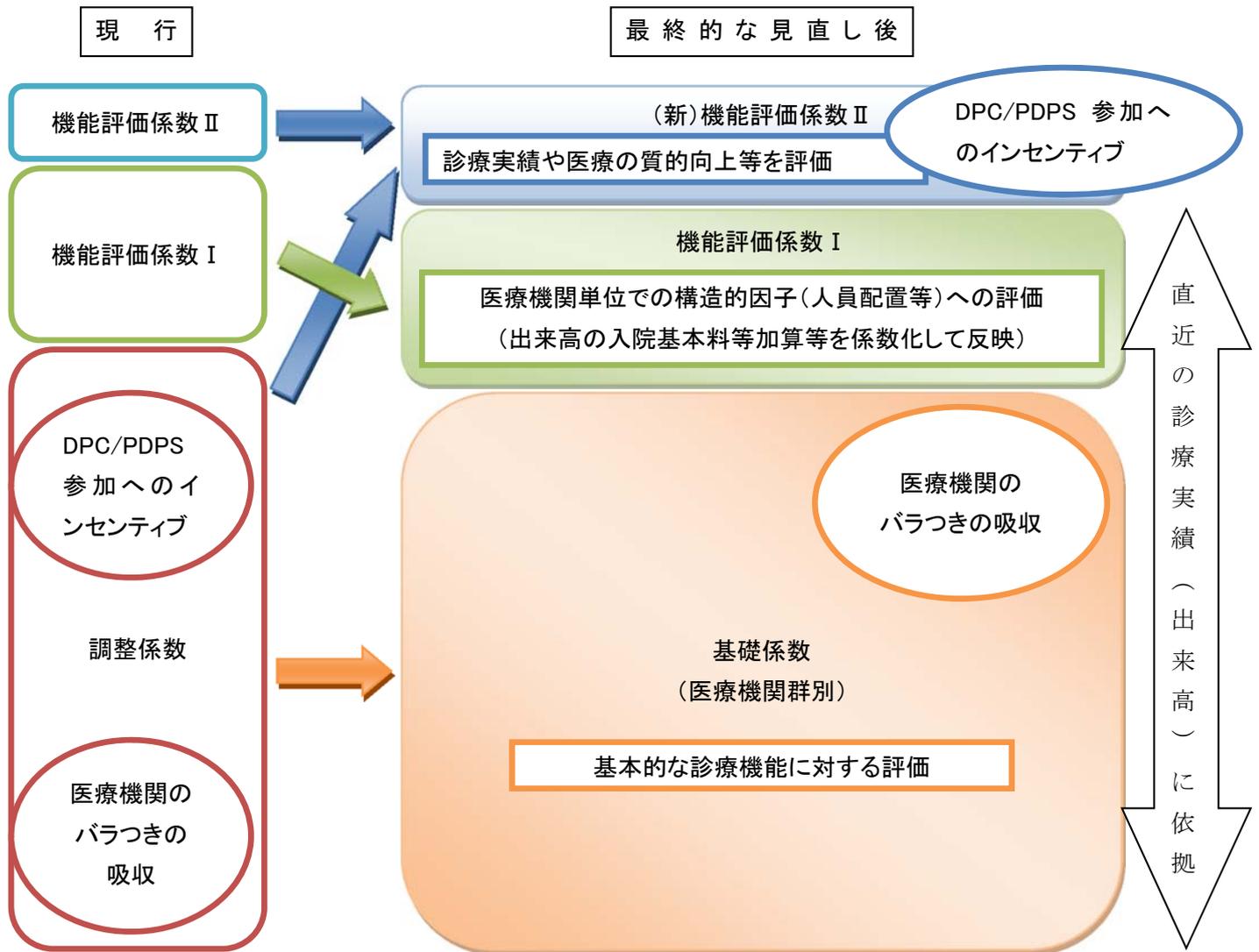
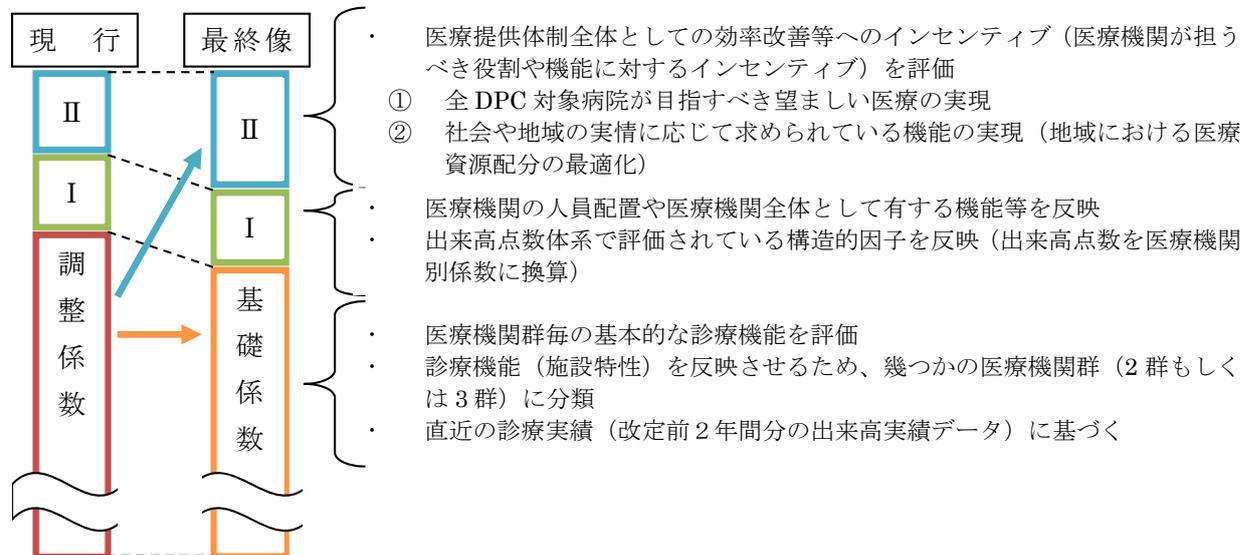
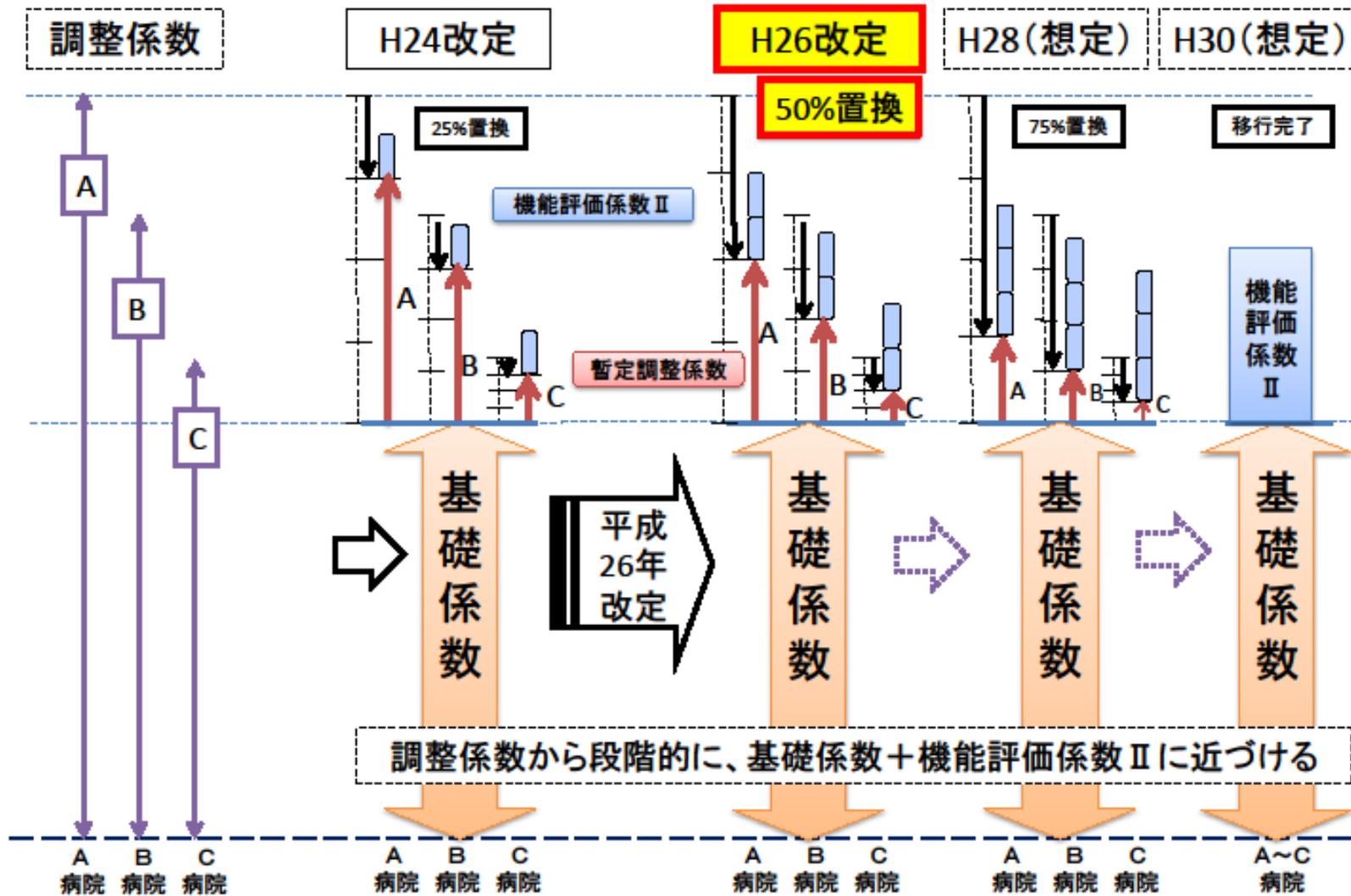


図 2 : 調整係数置換え後(最終像)のイメージ



「調整係数」から「基礎係数」+「機能評価係数Ⅱ」への移行



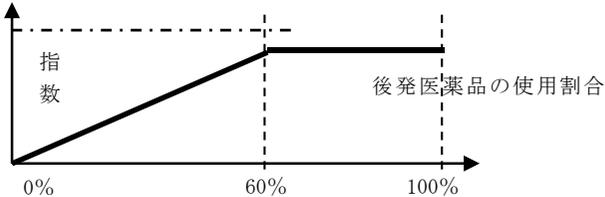
※ 同程度の機能評価係数Ⅱの評価となるA病院～C病院を想定したイメージ

＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成26年度）＞（下線部は平成26年改定における修正内容）

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

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
1) 保険診療指数	DPC対象病院における、 <u>質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価</u>	<p>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。</p> <p>① <u>適切なDPCデータの提出（「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価）</u>  「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <p>② <u>適切なDPCデータの提出（様式間の記載矛盾による評価）</u>  <u>当該医療機関において、以下のいずれかに該当するDPCデータの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i <u>様式1の親様式・子様式</u>  <u>データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）の矛盾</u></li> <li>ii <u>様式1とEFファイル</u>  <u>様式1上の入院日数とEFファイルに出現する入院料の回数の矛盾</u></li> <li>iii <u>様式4とEFファイル</u>  <u>様式4の医科保険情報とEFファイルに出現する先進医療等の矛盾</u></li> <li>iv <u>DファイルとEFファイル</u>  <u>記入されている入院料等の矛盾</u></li> </ul> <p>③ <u>適切な傷病名コードによるレセプトの請求</u>  <u>当該医療機関における入院医療分のレセプトに記載されている傷病名数のうち、未コード化傷病名である傷病名の割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</u></p> <p>④ <u>適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価（I群のみ）</u>  <u>I群病院（大学病院本院）において、規定の手順により指導医療官を一定期間派遣した場合、当該評価を0.05点加算する。</u></p>
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〕

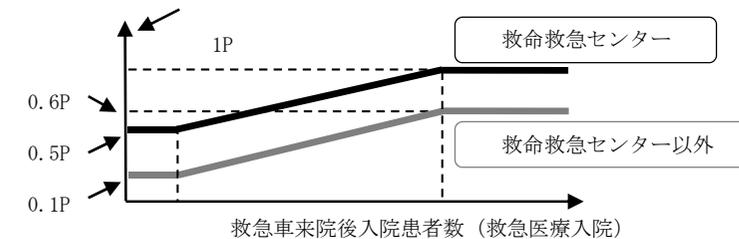
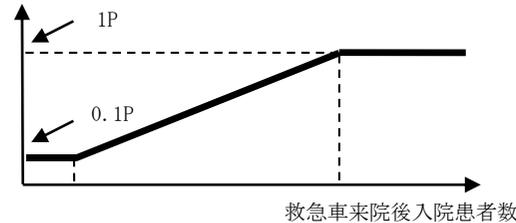
		<p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>				
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 / 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>				
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	<p>〔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〕</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 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。</p>				
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	<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><b>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】</b></p> <p>「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"> <li>・「A205 救急医療管理加算」</li> <li>・「A300 救命救急入院料」</li> <li>・「A301 特定集中治療室管理料」</li> <li>・「A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料」</li> <li>・「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」</li> <li>・「A301-4 小児特定集中治療室管理料」</li> <li>・「A302 新生児特定集中治療室管理料」</li> <li>・「A303 総合周産期特定集中治療室管理料」</li> </ul> <p><b>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】</b></p> <p>「救急医療入院」の患者</p>				
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	<p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">地域医療指数（内訳）</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">評価に占めるシェア</td> </tr> <tr> <td>① 体制評価指数</td> <td style="text-align: center;">1/2</td> </tr> </table>	地域医療指数（内訳）	評価に占めるシェア	① 体制評価指数	1/2
地域医療指数（内訳）	評価に占めるシェア					
① 体制評価指数	1/2					

	果たしている施設を主として評価)	<table border="1" data-bbox="824 183 1951 416"> <tr> <td colspan="2">計 12 項目 (各 1 ポイント)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><u>I・II 群は評価上限 10 ポイント</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><u>III 群は評価上限 8 ポイント</u></td> <td></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> <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)。一部の項目において実績評価を加味する。  また、評価上限値を <u>I・II 群は 10 ポイント、III 群は 8 ポイント</u> とする。</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。</p> <p><b>【評価対象地域の考え方】</b>  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。</p> <p><b>【集計対象とする患者数の考え方】</b>  DPC 対象病院に入院した患者とする。</p>	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>			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
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>																
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	<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、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。)  ※数量ベースで 60% を評価上限とする。</p> 														

【別添 7】

＜地域医療指数・体制評価指数別表 2＞（下線部は平成 26 年改定における修正内容）

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

評価項目（各 1P）	DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群	DPC 病院Ⅲ群
①脳卒中地域連携 （DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群において実績評価を加味）	脳卒中を対象とした場合に限りて評価。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） 

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地方公共機関 (※) 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地方公共機関 (※) 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価 (1P)</li> <li>「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P</li> </ul>	「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"> <li>「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)</li> <li>「地域がん診療連携拠点病院の指定」 (0.5P)</li> <li>準じた病院 (右欄※参照) としての指定は評価対象外 (0P)</li> </ul>	「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)	
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)	

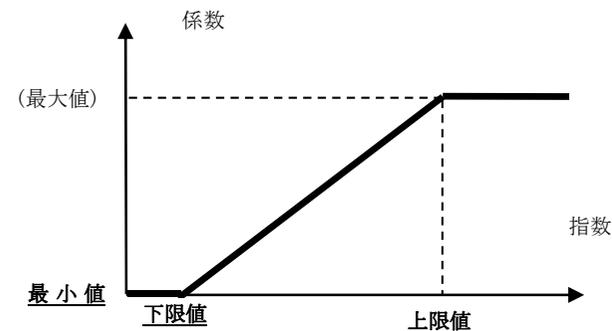
【補足】体制に係る指定要件については、平成 25 年 9 月 30 日までに指定を受けていること (平成 25 年 10 月 1 日付の指定を含む) を要件とする。

＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞（下線部は平成 26 年改定における修正内容）

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	<u>97.5%tile 値</u>	<u>2.5%tile 値</u>	<u>0</u>	全群共通で評価

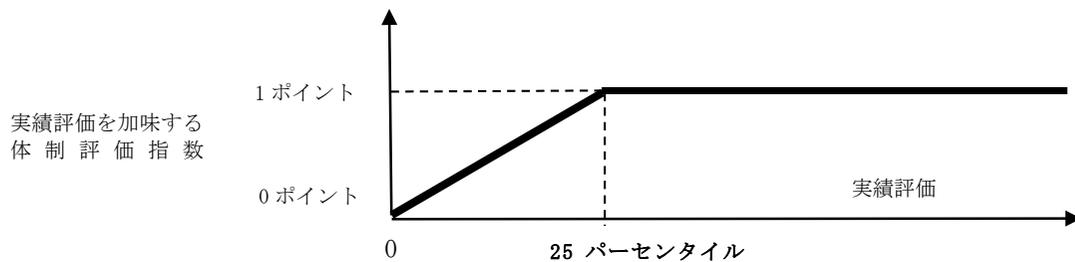
※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では最小値を最大値の 1/2 とする

※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する



＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

- ①脳卒中地域連携、②がん地域連携、③地域がん登録、④救急医療、⑪急性心筋梗塞の 5 項目が該当。
- 特に規定する場合を除き、下限値は 0 ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25 パーセンタイル値を上限値 1 ポイント（つまり、実績を有する施設の上から 4 分の 3 は満点（1 ポイント））。



## 急性期入院医療の包括評価制度の見直しに係る 4月1日以前から入院している患者の取り扱いについて

### 【原則】

- 3月までの診断群分類点数表による算定は「見直し前の診断群分類点数表」により行い、4月からの算定は「見直し後の診断群分類点数表」により行う。

### 【具体例】

- 診断群分類の見直しに伴う変更の取り扱い。（医療資源を最も投入した傷病名の変更や診療内容の見直しによる算定の変更については従来どおりの取り扱いとする。）

#### （包括→包括の場合）

- 4月分の請求は、見直し後の診断群分類により行う。診断群分類点数表による算定の起算日は、入院日とする。
- 3月までの間で診断群分類の変更があった場合には、3月31日に差額調整を行う。
- 4月以降、診断群分類の変更があった場合には、4月1日以降の請求額について差額の調整を行う。

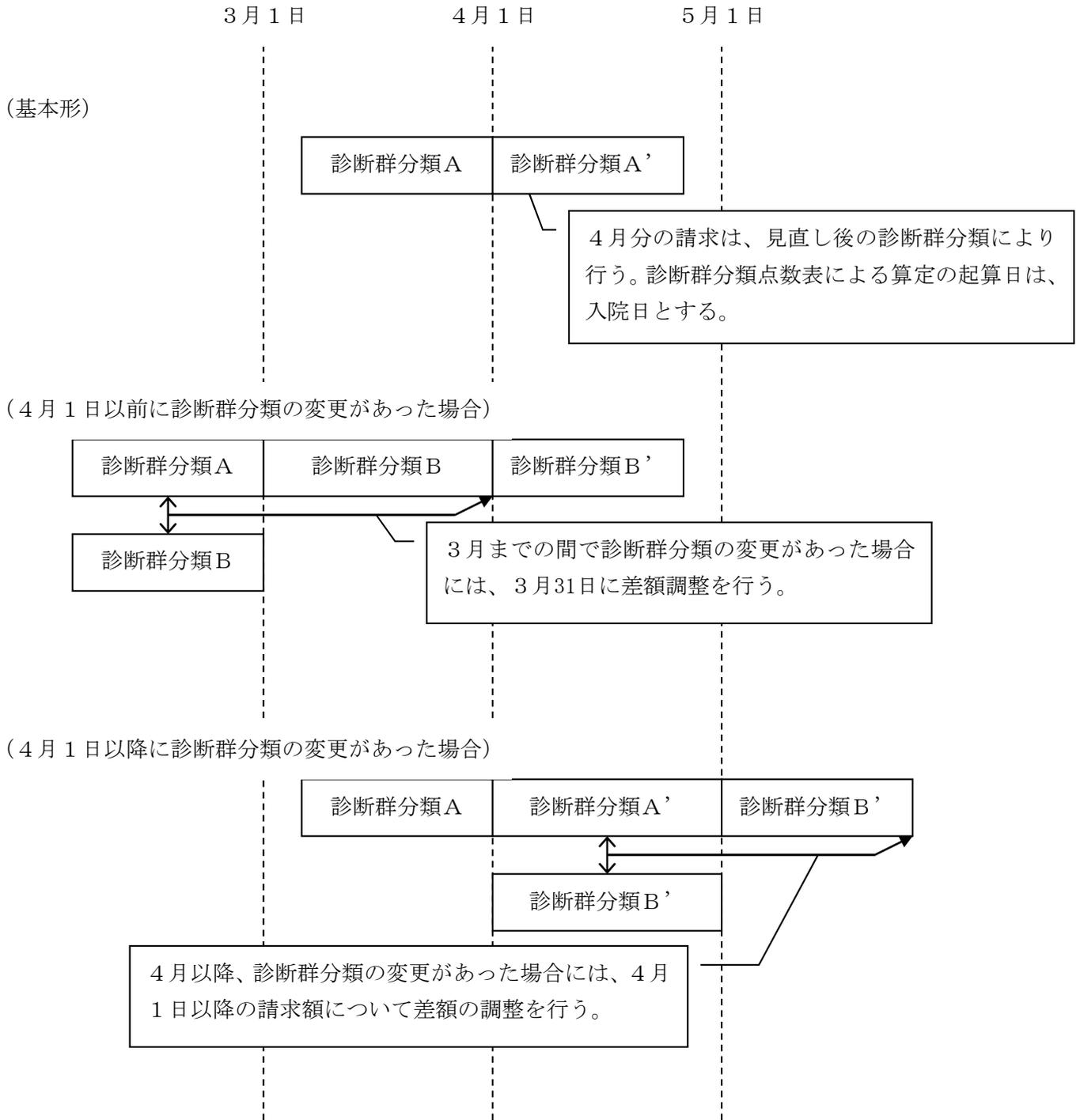
#### （包括→出来高の場合）

- 4月分の請求は、出来高で行う。
- 3月までの間で診断群分類の変更があった場合には、3月31日に差額調整を行う。

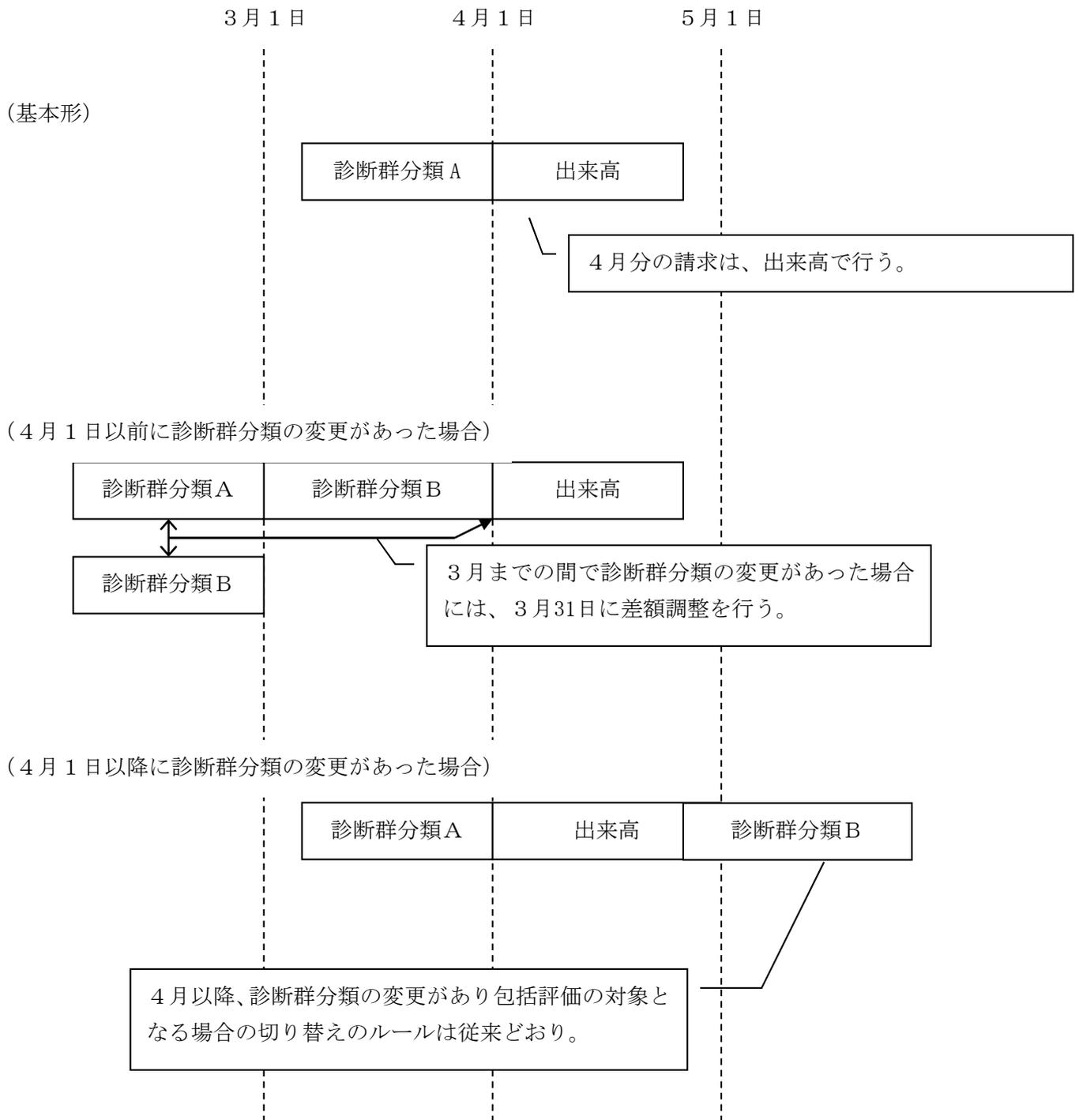
#### （出来高→包括の場合）

- 4月分の請求は、見直し後の診断群分類により行う。診断群分類点数表による算定の起算日は、入院日とする。
- 4月以降、診断群分類の変更があった場合には、4月1日以降の請求額について差額の調整を行う。

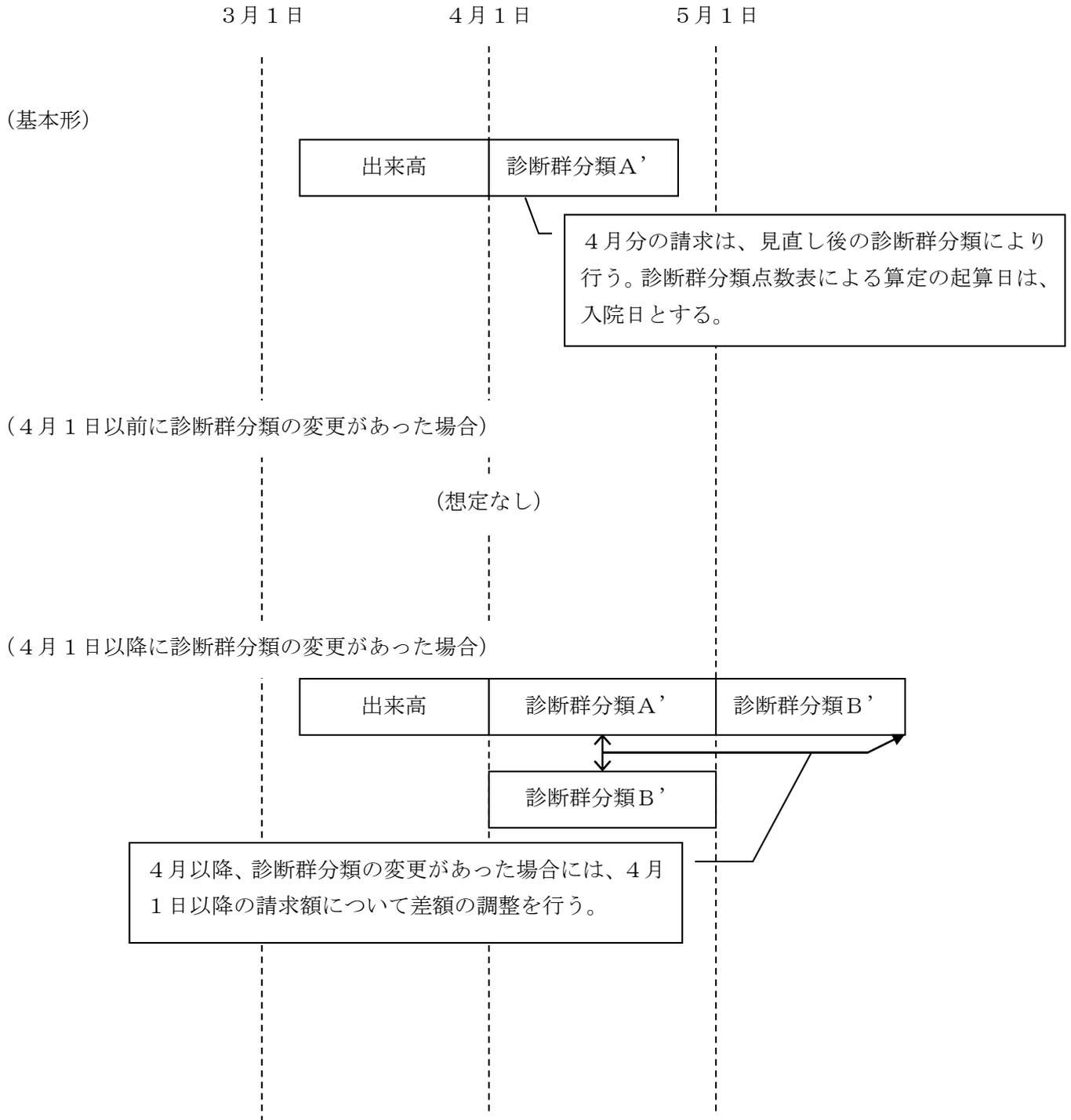
# 1. 包括→包括の場合



## 2. 包括→出来高の場合



### 3. 出来高→包括の場合



(参考) 出来高→出来高の場合

3月1日

4月1日

5月1日

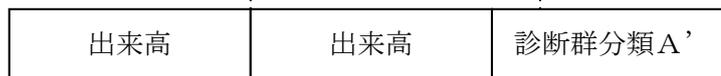
(基本形)



(4月1日以前に診断群分類の変更があった場合)

(想定なし)

(4月1日以降に診断群分類の変更があった場合)



4月以降、治療方針の変更等により出来高から包括になった場合の取り扱いは従来どおりとする。(判断した日から切り替わる。起算日は「医療資源を最も投入した傷病名」が同じであれば入院日。そうでなければ切り替わった日。)

## 請求方法について

- 包括評価の対象患者に関する診療報酬の請求については、包括評価用の診療報酬明細書を使用する。包括評価用の診療報酬明細書は出来高の診療報酬明細書と異なり、診断群分類を決定するために必要な情報等を記載するための患者基礎情報を記載する欄がある。(特定入院料等を算定する場合であっても、コーディングの確認に必要な情報は、コーディングデータに入力しなければならない。)

(記載のイメージ)

診療報酬明細書 (医科入院医療機関別包括評価用)										都道府県番号		医療機関コード		1 1社・国3老人1単独1本入7高入9 2 2公費4退職3 3併3 3併5家入9高入8											
平成 年 月 分										保険者番号		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号		10 9 8 7 ( )											
市町村番号	老人医療の受給者番号	公費負担者番号①	公費負担者番号②	老人医療の受給者番号①	老人医療の受給者番号②	公費負担者番号①	公費負担者番号②	公費負担者番号③	公費負担者番号④	公費負担者番号⑤	公費負担者番号⑥	公費負担者番号⑦	公費負担者番号⑧	公費負担者番号⑨	公費負担者番号⑩										
氏名	特記事項 「x」の代わりに定義テーブルに基づき数字で差し支えない。										保険医療機関の所在地及び名称	診療日	診療日	診療日											
性別	1男 2女	年齢	1明 2大 3昭 4平	生	職務上の事項	1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害	分類番号	0100103002010x	診断群分類区分	脳腫瘍(15歳以上) 頭蓋内腫瘍摘出術等 処置等1なし 処置等2あり 副傷病なし	転	診療日	診療日	診療日											
傷病名	ICD	傷病名	副傷病名	ICD	副傷病名	ICD	副傷病名	ICD	副傷病名	ICD	副傷病名	ICD	副傷病名	ICD	副傷病名										
傷病情報	<p>「傷病名」欄には、診断群分類に該当する根拠となった「医療資源を最も投与した傷病名」(「医療資源を最も投与した傷病名」が確定していない場合には、「入院の契機となった傷病名」とその対応しているICD-10コードを記載すること。</p> <p>「副傷病名」欄には、「副傷病あり」の診断群分類に該当している場合に、副傷病ありと判断した根拠となった傷病名及びその対応しているICD-10コードを記載すること。</p>										包括評価部分	1 93	例1:脳腫瘍(15歳以上) 頭蓋内腫瘍摘出術等あり 処置1なし 処置2あり 副傷病なし (6月診療分)4月3日入院、6月10日退院の場合 入I未済 3,113×20=小計…① 入II未済 2,320×8=小計…② 4月請求分4月医療機関別係数×(①+②)=合計 入II未済 2,320×13=小計…③ 入II以上 1,972×18=小計…④ 5月請求分5月医療機関別係数×(③+④)=合計 入II以上 1,972×10=小計…⑤ 6月請求分 6月医療機関別係数×(⑤)=合計												
患者基礎情報	<p>例2:「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等」あり 処置1あり 処置2なしから「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等あり 処置1あり 処置2あり」に変更の場合 (5月診療分)4月16日入院、5月診断群分類変更、5月8日退院の場合 入I未済 4,215×12=小計…①' 入II未済 3,158×3=小計…②' 4月請求分4月医療機関別係数×(①'+②')=合計…A 入II未済 5,672×8=小計…③' 5月分 5月医療機関別係数×③'=合計…B 4月調整分 入I未済 6,918×8=小計…④' 入II未済 5,672×7=小計…⑤' (4月医療機関別係数×(④'+⑤')×)-A=小計…⑥' 1 93 5月請求分 B+⑥'=合計</p>										出来高部分	診療行為別コード	負担区分コード	出来高部分の記載方法は、従来の記載方法と同様。											
診療関連情報	<p>※高額療養費 基準 円×日間 円×日間 円×日間</p> <p>※公費負担点数 円×日間 円×日間 円×日間</p> <p>減・免・猶・I・II・3月超</p>										請求日	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日
保険料	請求点	※決	定	点	負担金額	円	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日	請求日										
療養費の給付	療養費①	療養費②	療養費③	療養費④	療養費⑤	療養費⑥	療養費⑦	療養費⑧	療養費⑨	療養費⑩	療養費⑪	療養費⑫	療養費⑬	療養費⑭	療養費⑮										

様式第九(第二)条関係