

診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会委員一覧

<委員>

氏名	所属等
相川 直樹	慶應義塾大学名誉教授
池田 俊也	国際医療福祉大学薬学部薬学科教授
石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
井原 裕宣	社会保険診療報酬支払基金 医科専門役
緒方 裕光	国立保健医療科学院研究情報支援研究センター長
檜村 暢一	医療法人溪仁会 手稻溪仁会病院副院長
香月 進	福岡県保健医療介護部医監
金田 道弘	社会医療法人緑社会理事長兼金田病院長
川上 純一	浜松医科大学医学部附属病院教授・薬剤部長
工藤 翔二	公益財団法人結核予防会 複十字病院長
河野 陽一	独立行政法人労働者健康福祉機構 千葉労災病院長
◎ 小山 信彌	東邦大学医学部特任教授
嶋森 好子	公益社団法人東京都看護協会会長
瀬戸 泰之	東京大学大学院医学系研究科消化管外科学教授
竹井 和浩	保健医療福祉情報システム工業会 医事コンピュータ部会DPC委員長
福岡 敏雄	公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 総合診療科主任部長
伏見 清秀	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 環境社会医歯学講座 医療政策情報分野教授
○ 藤森 研司	東北大学大学院 医学系研究科・医学部 医療管理学分野 教授
美原 盤	公益財団法人脳血管研究所附属美原記念病院長
渡辺 明良	聖路加看護大学事務局長

◎：分科会長

○：分科会長代理

平成 26 年改定に向けた追加の検討事項について

1. 基礎係数（医療機関群のあり方）に関する追加検討

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

（考え方）

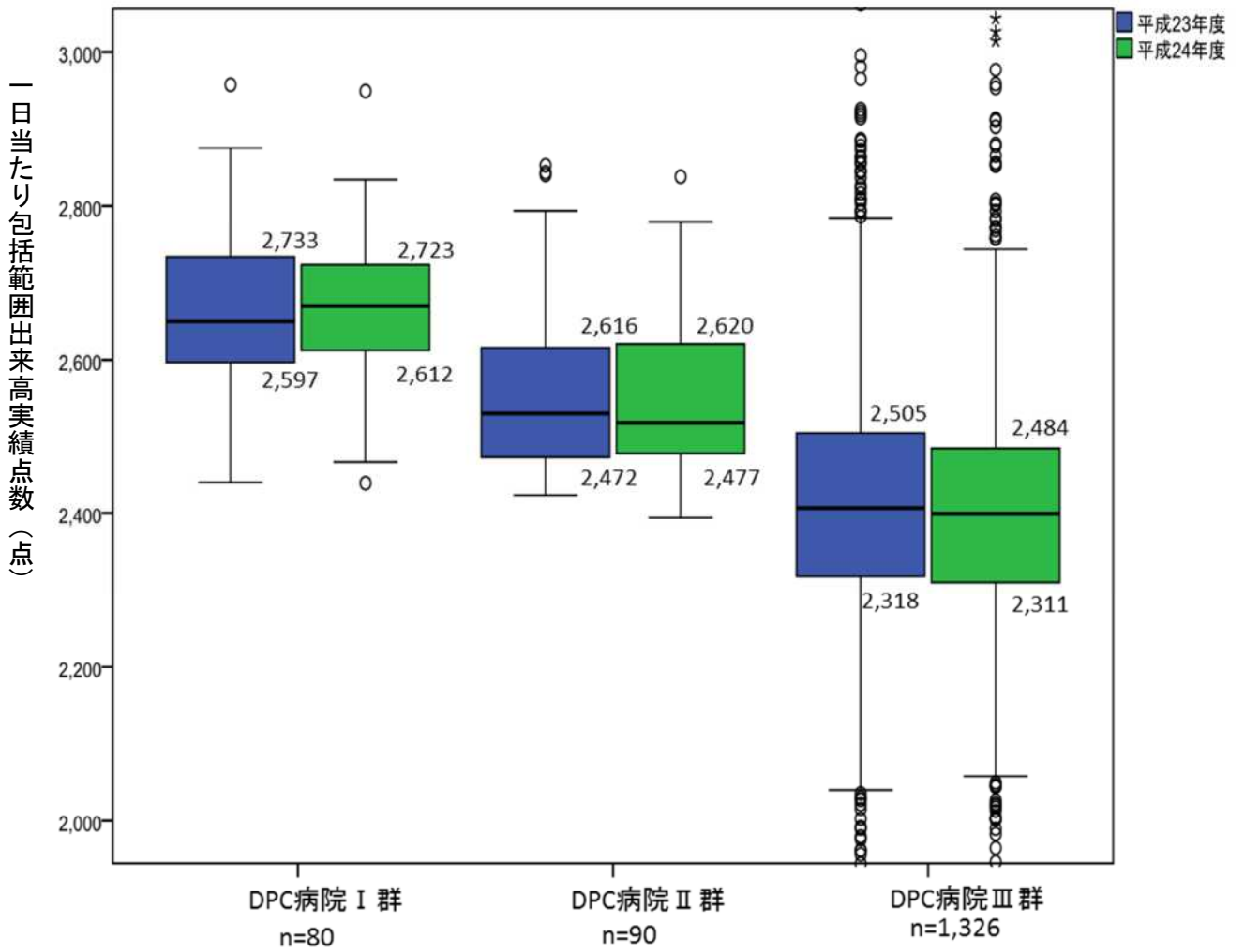
- 平成 24 年度診療報酬改定において、調整係数の廃止に向けて基礎係数が導入され、基礎係数は医療機関群に分けて設定することとされた。
- 中長期的には、同一基礎係数の対象医療機関について、一定の診療機能や診療密度に収斂していくことが期待される。

（参考：平成 23 年 11 月 18 日 中医協 総-2-2 より）

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。

- 医療機関群別に診療密度の平成 23 年度から平成 24 年度にかけての経年変化について集計を行ったところ、I 群においては収束傾向が認められているが、II 群・III 群においては明らかな収束傾向は認めていない。

一日当たり包括範囲出来高実績点数（患者数補正後・医療機関群別）



2. 機能評価係数 I について

- 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。
(改定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)

(現行評価の考え方)

- 機能評価係数 I は、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) を係数として評価している。
- 具体的には、出来高評価体系において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係数として設定したものであり、対象となる出来高報酬項目は以下の通り。
 - ① 入院基本料の補正值
「10 対 1 一般病棟入院基本料」を基準として、看護配置や病院類型が異なる入院基本料の差額について、機能評価係数 I の加算・減算により対応。
 - ② 入院患者全員に算定できる入院基本料等加算
 - ・ 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
 - ・ 医療安全対策加算、感染防止対策加算
 - ・ 地域加算
 - ・ 離島加算
 - ・ 病棟薬剤業務実施加算
 - ・ データ提出加算
 - ③ その他 (医療機関毎の機能の違いを評価)
 - ・ 検体検査管理加算 (該当する施設では検査を実施する患者全員に算定)

< 現行の機能評価係数 I 一覧 >

	診療料	特定機能 病院	専門 病院	一般 病院	出来高の点数
入院基本料	入院基本料(7対1)	0.1707	0.1182	0.1006	1,566 点/日
	入院基本料(7対1 特別)			▲ 0.0689	1,244 点/日
	入院基本料(10対1)	0.0701	0.0175		1,311 点/日
	入院基本料(10対1 特別)			▲ 0.1494	1,040 点/日
入院基本料等加算	総合入院体制加算			0.0291	120 点/日(14日まで)
	地域医療支援病院入院診療加算			0.0277	1,000 点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(基幹型)		0.0012		40 点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(協力型)		0.0006		20 点(入院初日)
	診療録管理体制加算		0.0008		30 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(15対1)		0.0253		810 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(20対1)		0.0190		610 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(25対1)		0.0153		490 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(50対1)		0.0080		255 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(75対1)		0.0056		180 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(100対1)		0.0043		138 点(入院初日)
	急性期看護補助体制加算1		0.0387		160 点/日(14日まで)
	急性期看護補助体制加算2		0.0339		140 点/日(14日まで)
	看護補助加算1		0.0404		109 点/日
	看護補助加算2		0.0311		84 点/日
	看護補助加算3		0.0207		56 点/日
	医療安全対策加算1		0.0027		85 点(入院初日)
	医療安全対策加算2		0.0011		35 点(入院初日)
感染防止対策加算1		0.0125		400 点(入院初日)	
感染防止対策加算2		0.0031		100 点(入院初日)	
検査	検体検査管理加算(I)		0.0010		40 点/月
	検体検査管理加算(II)		0.0024		100 点/月
	検体検査管理加算(III)		0.0071		300 点/月
	検体検査管理加算(IV)		0.0119		500 点/月
経過措置	入院基本料(13対1)		▲ 0.0645	▲ 0.0821	-
	入院基本料(15対1)			▲ 0.1444	-
	上記に該当しないもの			▲ 0.3329	-

<機能評価係数 I の整理>

		機能評価係数 I として評価されているもの		DPC 病棟では算定しないと考えられるもの		
		患者ごとに条件を満たせば算定可能	(無色)			
		入院基本料等加算				
①医療機関の評価	病院の体制の評価	A200	総合入院体制加算	A230	精神病棟入院時医学管理加算	入院患者全員に 加算
		A204	地域医療支援病院入院診療加算	A230-2	精神科地域移行実施加算	
		A204-2	臨床研修病院入院診療加算	A243	後発医薬品使用体制加算	
		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			
		A234-3	患者サポート体制充実加算			
		A244	病棟薬剤業務実施加算			
		A245	データ提出加算			
①医療機関の評価	看護配置の評価	A207-3	急性期看護補助体制加算	A213	看護配置加算	入院患者全員に 加算
		A214	看護補助加算			
①医療機関の評価	地域特性の評価	A218	地域加算			入院患者全員に 加算
		A218-2	離島加算			
①医療機関の評価	特殊病室の評価	A224	無菌治療室管理加算	A229	精神科隔離室管理加算	条件を満たす患者 個
		A225	放射線治療病室管理加算			
①医療機関の評価	療養環境の評価	A219	療養環境加算	A222	療養病棟療養環境加算	条件を満たす患者 個
		A220	HIV感染者療養環境特別加算	A222-2	療養病棟療養環境改善加算	
		A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算	A223	診療所療養病床療養環境加算	
		A221	重症者等療養環境特別加算	A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算	
		A221-2	小児療養環境特別加算			
②医療連携の評価	紹介・受入の評価	A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	A227	精神科措置入院診療加算	条件を満たす患者 個
		A206	在宅患者緊急入院診療加算	A228	精神科応急入院施設管理加算	
		A238-4	救急搬送患者地域連携紹介加算	A236-6	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	
		A238-5	救急搬送患者地域連携受入加算	A236-7	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	
				A236-8	地域連携認知症支援加算	

			A236-9 地域連携認知症集中治療加算	人 毎 に 加 算
	退院調整の評価	A238 退院調整加算		
		A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算		
③特定の疾患や病態に対する特殊診療の評価等	脳卒中	A205-2 超急性期脳卒中加算		
	救急	A205 救急医療管理加算		
	小児	A208 乳幼児・幼児加算		
		A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算		
	産科	A236-2 ハイリスク妊娠管理加算		
		A237 ハイリスク分娩管理加算		
	精神科	A231-2 強度行動障害入院医療管理加算		
		A231-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算		
		A231-4 摂食障害入院医療管理加算		
	精神疾患と身体疾患の合併		A230-3 精神科身体合併症管理加算 A230-4 精神科リエゾンチーム加算	
	小児精神	A231 児童・思春期精神科入院医療管理加算		
	褥瘡・重症皮膚潰瘍	A235 褥瘡患者管理加算	A226 重症皮膚潰瘍管理加算	
		A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算		
	栄養管理	A233 栄養管理実施加算		
		A233-2 栄養サポートチーム加算		
人工呼吸器離脱	A242 呼吸ケアチーム加算			
介護連携	A240 総合評価加算			
がん	A226-2 緩和ケア診療加算	A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算		
	A232 がん診療連携拠点病院加算			
難病等	A210 難病等特別入院診療加算	A211 特殊疾患入院施設管理加算		

3. 機能評価係数Ⅱに関する追加検討

1. データ提出指数

[対応案①：名称・指数の考え方について]

- 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してはどうか。

[対応案②：適切な保険診療の普及のため取組の評価について]

- 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こととしてはどうか。

※ 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。

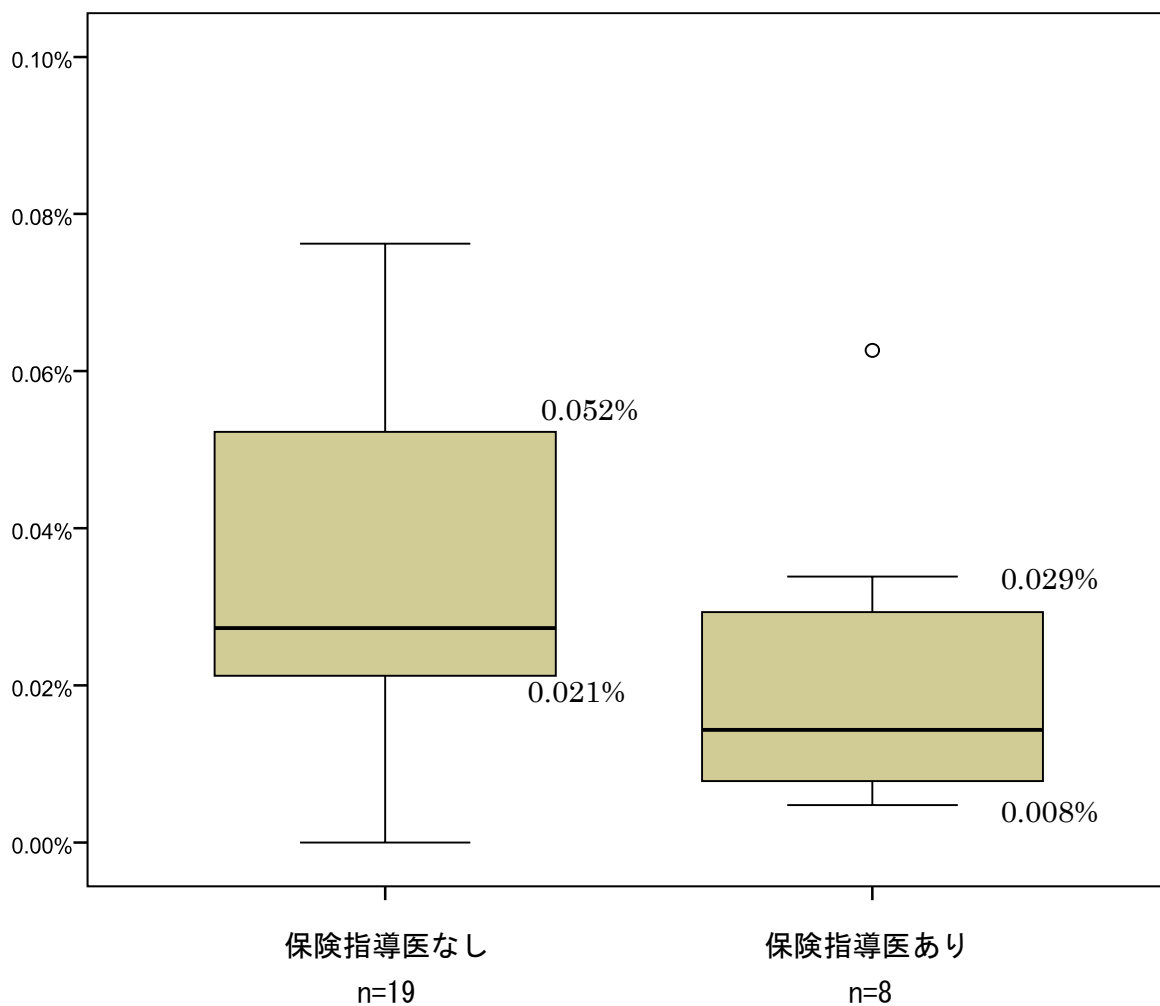
（参考）これまで上がった名称の案

- データ精緻指数
- データ精緻化指数
- データ適正化指数
- DPC 保険診療指数
- 保険診療向上指数

（考え方）

- 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ことから、特に I 群病院（大学病院本院）において適切な保険診療の実現が必要であると考えられる。
- 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ており、保険行政に協力することは保険診療の質を高める上で有効であることが示唆されている。

保険指導医有無別様式間の矛盾割合比較（DPC病院I群）



(※ 関東信越厚生局管内のDPC病院I群で集計)

【データ提出指数 修正案】

＜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 (仮)	<u>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・取組の普及を評価</u>	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。 <u>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）</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年間派遣した場合、当該評価を●●点加算する。</u> (保険指導医、審査支払機関の審査員の派遣については今後検討する)

6. 地域医療指数

(1) 新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関に指定された医療機関の評価

[対応案]

- 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してはどうか（平成27年度からの導入について平成26年度以降に検討）。

(考え方)

- 地域医療指数において、現行の災害拠点病院の評価に加え、新型インフルエンザ等に対応をするための指定地方公共機関についても評価すべきではないかという意見があった。
- 災害対策基本法に基づく災害対策と同様に、新型インフルエンザ等対策特別措置法においては、都道府県は指定地方公共機関（医療機関を含む）の指定等により新型インフルエンザ等の発生時に必要な医療を提供する体制を整備することとされていることから、現行の災害拠点病院に加え、新型インフルエンザ等の対応のために都道府県から指定地方公共機関として指定された医療機関についても評価対象とすることとしてはどうか。

【地域医療指数 体制評価指数の修正案】

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かかる指定地方公共機関（※）</u> の指定」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かかる指定地方公共機関（※）</u> の指定」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>

4. その他（参考資料の追加）

【3日以内再入院ルールの見直しにかかる追加集計】

1～3日以内の再入院で病名が異なる症例のうち、上2桁コードに変更することによって新たに一連と見なされる病名の組み合わせのTOP20

前回医療資源		今回入院契機		件数
DPC6 桁	DPC6 桁名称	DPC6 桁	DPC6 桁名称	
060100	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）	060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）	356
120170	早産、切迫早産	120180	胎児及び胎児付属物の異常	331
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040081	誤嚥性肺炎	324
120170	早産、切迫早産	120260	分娩の異常	305
060035	大腸（上行結腸からS状結腸）の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	276
040040	肺の悪性腫瘍	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	189
060040	直腸肛門（直腸・S状結腸から肛門）の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	177
110080	前立腺の悪性腫瘍	11022x	男性生殖器疾患	168
060060	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	060340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	167
040081	誤嚥性肺炎	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	146
06007x	膵臓、脾臓の腫瘍	060340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	144
060340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	131
040100	喘息	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	130
060020	胃の悪性腫瘍	060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）	123
060020	胃の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	111
120180	胎児及び胎児付属物の異常	120260	分娩の異常	111
040081	誤嚥性肺炎	040130	呼吸不全（その他）	110
060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	060340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	106
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040130	呼吸不全（その他）	101
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040100	喘息	98

新型インフルエンザ等対策特別措置法案について

診調組 D-1 参考
25.12.9

～危機管理としての新型インフルエンザ及び全国的かつ急速なまん延のおそれのある新感染症対策のために～

新型インフルエンザ及び全国的かつ急速なまん延のおそれのある新感染症に対する対策の強化を図り、国民の生命及び健康を保護し、国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにする。

1. 体制整備等

(1) 行動計画等の作成

① 国、地方公共団体の行動計画の作成

② 指定公共機関(医療、医薬品・医療機器の製造・販売、電力、ガス、輸送等を営む法人)の指定・業務計画の作成

(2) 権利に制限が加えられるときであっても、当該制限は必要最小限のものとする

(3) 発生時に国、都道府県の対策本部を設置、新型インフルエンザ等緊急事態に市町村の対策本部を設置

(4) 発生時における特定接種(医療関係者、社会機能維持事業者の従業員等に対する先行的予防接種)の実施

(5) 海外発生時の水際対策の的確な実施

「新型インフルエンザ等緊急事態宣言」

新型インフルエンザ等(国民の生命・健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあるものに限る)が国内で発生し、全国的かつ急速なまん延により、国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがあると認められるとき

2. 「新型インフルエンザ等緊急事態」発生の際の措置

- ① 外出自粛要請、興行場、催物等の制限等の要請・指示(潜伏期間、治癒するまでの期間等を考慮)
- ② 住民に対する予防接種の実施(国による必要な財政負担)
- ③ 医療提供体制の確保(臨時の医療施設等)
- ④ 緊急物資の運送の要請・指示
- ⑤ 政令で定める特定物資の売渡しの要請・収用
- ⑥ 埋葬・火葬の特例
- ⑦ 生活関連物資等の価格の安定(国民生活安定緊急措置法等の的確な運用)
- ⑧ 行政上の申請期限の延長等
- ⑨ 政府関係金融機関等による融資



○ 施行日:平成25年4月13日

指定(地方)公共機関について

行政機関だけでは新型インフルエンザ等対策の的確な実施は困難



指定(地方)公共機関による協力が必要

指定公共機関・指定地方公共機関とは

- **指定公共機関** (法第2条第6号)
独立行政法人等の公共的機関及び医療、医薬品又は医療機器の製造又は販売、電気等の供給、輸送その他の公益的事業を営む法人で、政令で定めるもの
- **指定地方公共機関** (法第2条第7号)
都道府県の区域において医療、医薬品又は医療機器の製造又は販売、電気等の供給、輸送その他の公益的事業を営む法人、地方道路会社等の公共的施設を管理する法人及び地方独立行政法人のうち、指定公共機関以外のもので、あらかじめ当該法人の意見を聴いて都道府県知事が指定するもの
- **義務等**
 - ① **責務** (法第3条第5項、6項)
 - ・ 新型インフルエンザ等が発生したときは、その業務について対策を実施する責務を有する。
 - ・ 国、地方公共団体並びに指定公共機関及び指定地方公共機関は、新型インフルエンザ等対策を実施するに当たり、相互に連携協力し、その的確かつ迅速な実施に万全を期さなければならない。
 - ② **業務計画の作成及び国(都道府県)への報告、関係地方公共団体への通知、要旨の公表**
(法第9条)
 - ③ **業務に係る対策の実施に必要な物資・資材の備蓄・整備・点検、施設・設備の整備・点検** (法第10条)
 - ④ **政府対策本部長による総合調整、指示(指定公共機関のみ)** (法第20条第1項、法第33条第1項)
都道府県対策本部長による総合調整、指示 (法第24条第1項、法第33条第2項)
※「総合調整」とは、指定(地方)公共機関の新型インフルエンザ等対策に関する業務が、その目的、手段、手続等の見地から相互に調和して行われるように、助言、要請、勧告等により調整を行うもの。
「指示」とは、方針、基準、手続等を示して一定の行為を実施させるものであり、「総合調整」に基づく所要の措置が実施されない場合で特に必要があるときに行う。
 - ⑤ **国(都道府県)に対し、労務、施設、設備、物資の確保について応援を求めることができる** (法第27条)

○ 指定地方公共機関の指定に係る留意事項について(平成25年5月20日付け閣副第277号内閣審議官通知)

- ① 感染症対応に専門的な知見及び施設をもつ感染症指定医療機関(特定、第一種、第二種)
- ② 重症患者の治療が特に重要であるという観点から、相当数の入院病床があり、救命対応が可能な医療機器等が整備されている医療機関

※ 感染症指定医療機関以外の医療機関であっても、飛沫及び飛沫接触による感染が中心となると推測される場合には、陰圧装置付きの感染症専用ベッドを不可欠とするものではないから、当該地域における新型インフルエンザ等医療における重要性の程度を踏まえ、指定地方公共機関として指定することが適当。

※ 指定(地方)公共機関は、国、地方公共団体以外の法人を指定するものであり、国又は地方公共団体の開設する医療機関は対象外である。また、国において指定公共機関に指定している独立行政法人、日本赤十字社の地方病院は指定地方公共機関の対象外である。

指定公共機関・指定地方公共機関の指定状況

- 指定公共機関(医療機関)
 - ・ 独立行政法人労働者健康福祉機構
 - ・ 独立行政法人国立病院機構
 - ・ 独立行政法人国立国際医療研究センター
 - ・ 日本赤十字社
- 指定地方公共機関
 - ・ 随時、都道府県知事が指定する予定

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（中間とりまとめ） （案）

平成 25 年●月●日
診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会
分科会長 小山 信彌

I. 概要

平成 26 年改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS）の対応については、平成 25 年 10 月 16 日の中医協総会において了承された検討事項とスケジュールに基づき、DPC 評価分科会（平成 25 年 10 月 30 日、同年 11 月 13 日、同年 11 月 27 日、同年 12 月 9 日の計 4 回）において引き続き検討を行った。

今回、以下の検討について一定の結果を取りまとめ、中医協総会に報告する。

1. 基礎係数（医療機関群に関連する事項）の見直し
2. 機能評価係数 I・II の具体化（見直しや追加を含む）
3. 算定ルール等の見直し
4. 退院患者調査の見直し

II. 検討結果の概要

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。

（考え方）

- II 群の要件【実績要件 1：診療密度】について、当該要件をクリアするために後発医薬品から先発医薬品に置き換えるインセンティブがあるのではないかという指摘があったが、機能評価係数 II において後発医薬品の使用割合を評価する指数を導入することになれば後発医薬品を使用する一定のインセンティブが期待されることから、【実績要件 1：診療密度】は引き続き現行の評価方法を継続することとし、次回改定以降、後発医薬品の使用割合の動向等を検証しつつ必要に応じて算出方法の見直し等の対応を検討することが妥当である。
- II 群の要件【実績要件 3：高度な医療技術の実施】については、最新の医療技術評価を反映させる観点から、現時点で最新の外保連試案（第 8.2 版）を活用することが妥当である。

追加の検討結果を反映

＜Ⅱ群の実績要件（平成26年度）＞（太字は平成26年改定の修正内容）

- 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（協力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（協力医師数及び手術時間補正後）
- (3c)：手術実施症例件数

「(3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数（協力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（協力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。

（以下続く）

(続き)

- 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	<u>1.00</u>	<u>1.27</u>	<u>1.54</u>	<u>1.81</u>			
C	<u>2.36</u>	<u>3.36</u>	<u>3.63</u>	<u>3.90</u>	<u>4.17</u>		
D	<u>4.07</u>	<u>6.43</u>	<u>7.43</u>	<u>7.70</u>	<u>7.97</u>	<u>8.24</u>	
E	<u>6.11</u>	<u>10.18</u>	<u>12.54</u>	<u>13.54</u>	<u>13.81</u>	<u>14.08</u>	<u>14.35</u>

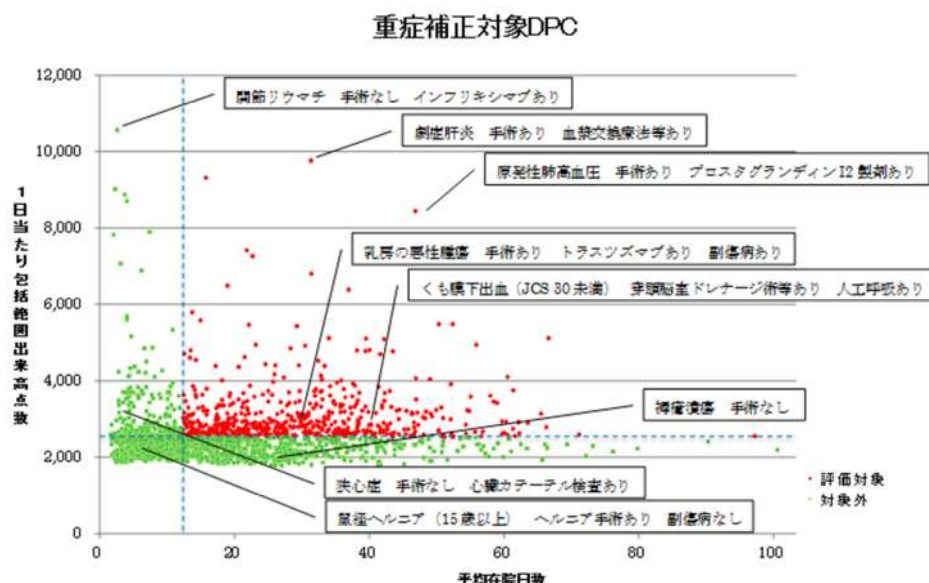
難易度、協力医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- 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、協力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（協力医師数を最優先）。

【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。



※ 平成 24 年 8 月 24 日、平成 25 年 10 月 16 日の中医協総会における決定事項を反映している。

2. 機能評価係数 I・IIについて

2-1. 機能評価係数 I

検討結果を反映

2-2. 機能評価係数 II

(1) 見直しの概要

- 現行6項目によって評価されている機能評価係数IIについては、下記のとおり見直すこととする。

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(仮)</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(仮)</u>

(2) 見直しの内容(案)

① データ提出指数

【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、「様式間の矛盾のない記載」のデータの割合が「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】

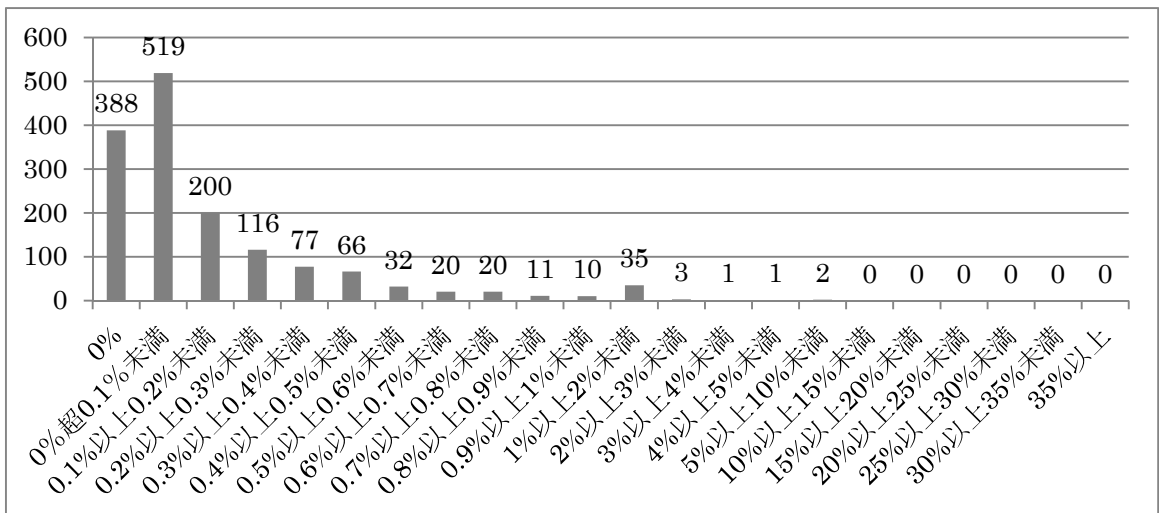
- 未コード化傷病名の割合が「20%以上」である場合、当該医療機関の指数を一定程度減じる評価方法を導入することとする。
- 未コード化傷病名の使用割合は、DPCデータでは算出することができないことから、国が保有するレセプト情報が保存されている「ナショナル・データベース(NDB)」を活用することとする。

(考え方)

【DPCデータの質を評価する新たな評価方法について】

- 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ことが妥当であると考えられる。

(参考：様式間の記載矛盾が認められるデータの割合のヒストグラム)



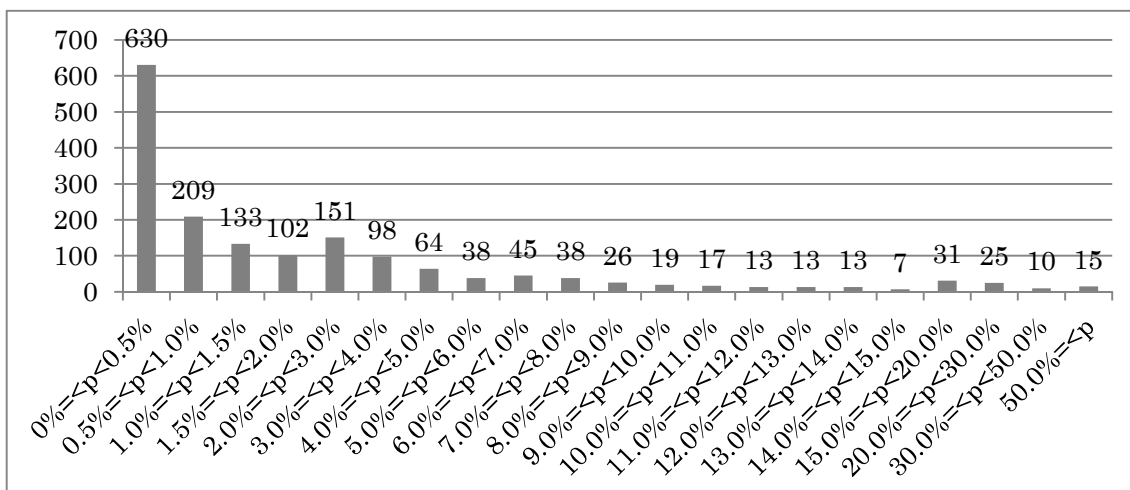
【適切な傷病名を用いたレセプトによる請求】

- 「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。

- 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、安易に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。
- DPC データにはレセプト電算の傷病名コードは含まれておらず、未コード化傷病名の使用割合を把握することはできないため、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）」を活用する必要がある。

（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）



（3） その他の検討結果について

【部位不明・詳細不明コードの使用割合について】

- 平成 24 年度特別調査の結果、当該評価方法によって改善へのインセンティブを認めていることから、当該評価を継続することが妥当であり、減算幅については現行の評価方法のままで良いと考えられる。
- 「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。

- 「部位不明・詳細不明のコード」の使用をさらに減らしていくためには、標準病名マスターの整備が必要であり、今後対応を検討する必要がある。

【副傷病名の適切な記載について】

(考え方)

- 副傷病名については、より精緻な DPC 点数表の設計に向けて、質の高い傷病名（医療資源投入量や在院日数に影響を与える傷病名）の記入が求められるため、機能評価係数による評価について検討を行ったが、質を担保する適切な指標がない限り質の低い傷病名の記入が増えるだけの結果となってしまう可能性があることから、次回改定での機能評価係数による評価は見送ることとし、まずは医療機関に副傷病名の適切な記載を周知していくことが妥当であると考えられる。
- 様式 1 において記入可能な傷病名の個数が制限されていること（現行では「入院時併存傷病名（4つ）」「入院後発症傷病名（4つ）」）が適切な副傷病名の記載を妨げている可能性があり、記載可能な傷病名の個数を増やすことについても検討する必要があると考えられる。

追加の検討結果を反映

⑤ 救急医療指数

- ヒアリング調査の結果を踏まえ、当該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た評価方法とする。

(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ことから、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、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。

⑥ 地域医療指数

【体制評価指数について】

- 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。
- 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。
- 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）

（考え方）

- 体制評価指数については、現行の評価対象（4 疾病・5 事業）に「精神疾患」「在宅医療」を加えた「5 疾病・5 事業＋在宅医療」を評価対象として、入院医療において客観的な評価が可能な評価方法の導入について検討した。
- 「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、急性心筋梗塞を 24 時間専門的な診療を行う体制を構築することとされていることから、時間外で急性心筋梗塞の治療を行った実績が一定以上ある医療機関を評価することとする。
- 「精神科救急医療体制に関する検討会報告書」において、精神科を有する救急対応可能な総合病院は、複数の疾患を合併し同時に複数の専門医療の提供が必要な精神疾患の患者等の受け入れが期待されていること、また平成 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ていることから、「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する。

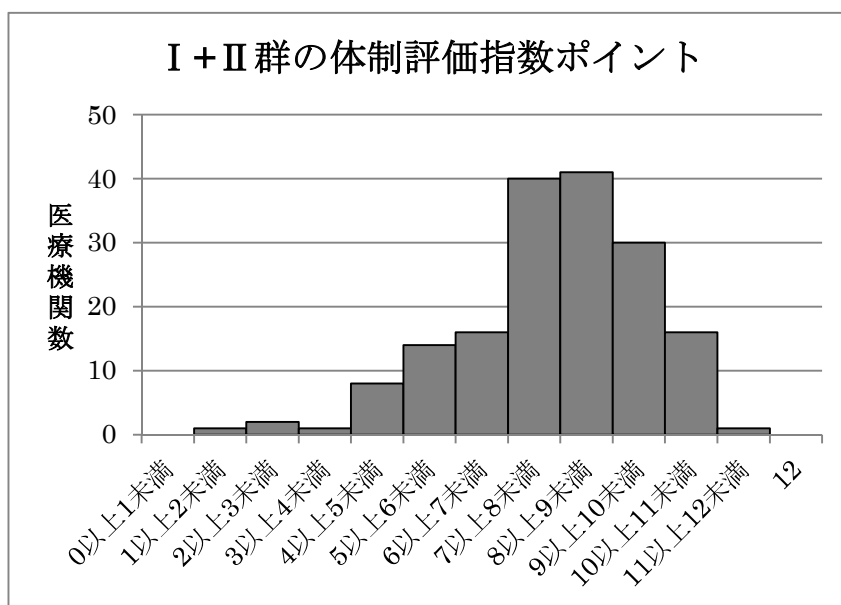
- 体制評価指数については、各 DPC 病院が「5 疾病・5 事業」全てに係る体制を構築する必要はないと考えられることから、ポイントの評価上限を設定することが妥当であると考えられるが、地域において中核的な役割を果たすと考えられるⅠ群・Ⅱ群病院については、Ⅲ群より高い評価上限を設定することが妥当であると考えられる。
- 「小児がん拠点病院」は、平成 25 年 2 月に指定されたことから新たに評価対象とすることとする。また現行の評価方法においては、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院を評価対象（Ⅲ群に限る）としているが、平成 26 年度以降に「地域がん診療病院」および「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してはどうか。

【参考：平成 24 年度退院患者調査の結果報告より】

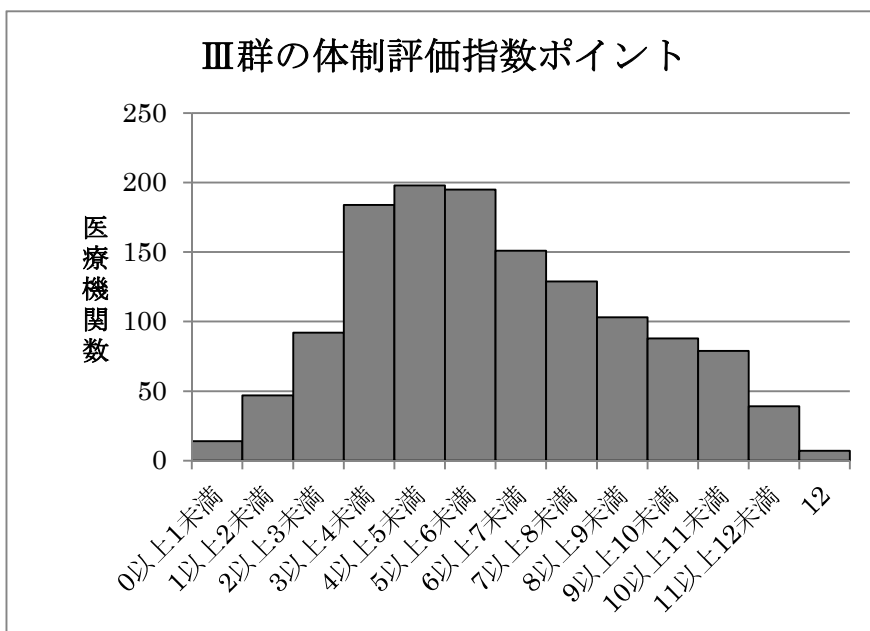
※ 一般病床に入院する精神合併症ありの患者数を集計。

(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
		($p < 0.05$)	($p < 0.05$)

【平成 25 年度の体制評価指数ポイントシミュレーション(上限 12 ポイント)】



	I + II 群
75%tile 値	9.00
90%tile 値	10.00



	Ⅲ群
75%tile 値	7.75
90%tile 値	9.46

追加の検討結果を反映

<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	<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 	体制評価指数	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>計 12 項目</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	定量評価指数	1) 小児 2) 上記以外

<地域医療指数・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	—	—	—
	<u>精神疾患</u>	—	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	—
	災害時における医療	—	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	—	—	—
<u>在宅医療</u>				

赤字（下線）：新規項目

黄色：実績評価の要素を加味する項目

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。）
- 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、「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の目標値である 60%（新指標）を評価上限とし、連続値で評価する。

（考え方）

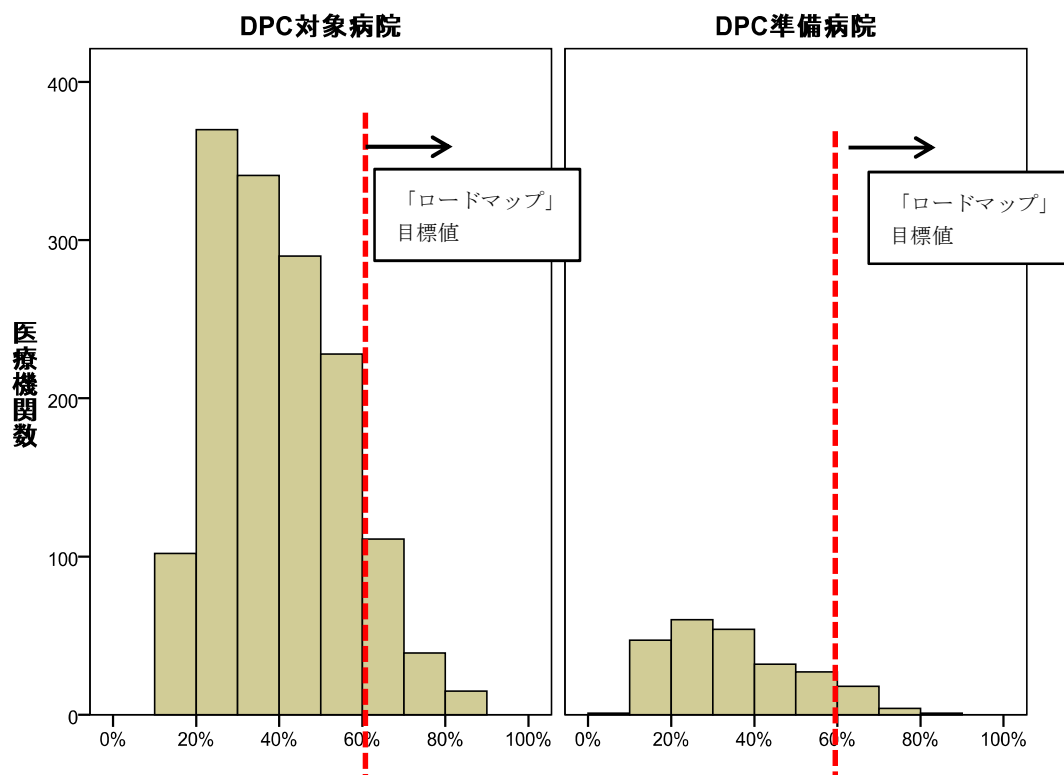
- 後発医薬品の使用割合による評価方法については、当初は「効率性指数」に含める形で提案されたが、効率性指数は平均在院日数を評価する重要な指数であり、また後発医薬品を使用することは「効率性」という概念とは違うのではないかという指摘があったこと等に基づき、別建ての指数として評価することが妥当であると考えられる。
- DPC 包括部分の後発医薬品の使用割合を係数で評価するのは二重評価ではないかという指摘があり、出来高部分に評価対象を限定するという提案があったが、包括部分・出来高部分に限らず国全体として後発医薬品の使用割合 60%を目指すというロードマップが示されていること、また、ヒアリング調査の結果、後発医薬品の使用割合が高い病院では包括になるのか別途出来高算定可能なのかということの特意識せず切り替えていることが判明したことから、包括部分・出来高部分を合わせた入院医療で使用される全薬剤を対象とすることが適切であると考えられる。

【参考：後発医薬品使用割合（新指標）に関する基礎集計】

	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%

【包括部分と出来高部分の薬剤の数量比】

	包括部分 数量割合	出来高部分 数量割合	全体
DPC 対象病院	73.4%	26.6%	100.0%
DPC 準備病院	73.8%	26.2%	100.0%
全体	73.4%	26.6%	100.0%



<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成26年度）>（赤字は平成26年改定の修正内容）

評価対象データは※平成●年●月●日～平成●年●月●日（●ヶ月間）のデータ

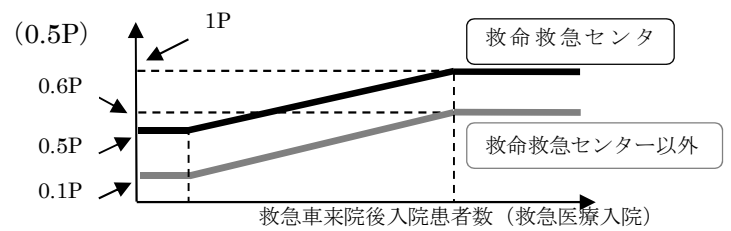
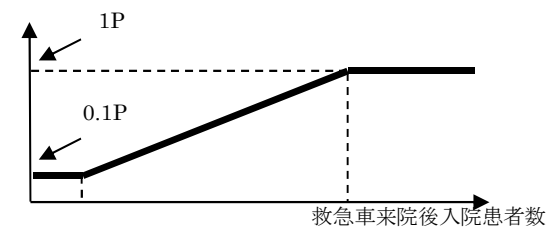
<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
1) データ提出指数 ⇒保険診療指数（仮）	<u>DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価</u>	<p>原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。</p> <p>① 適切なDPCデータの提出（「部位不明・詳細不明コード」の使用割合） 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減じる。</p> <p>② 適切なDPCデータの提出（様式間の矛盾のない記載） <u>当該医療機関において、以下のいずれかに該当するDPCデータの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を●●点減算する。</u></p> <p style="margin-left: 20px;"><u>i 様式1の親様式・子様式</u> データ属性等（郵便番号、性別、生年月日）の矛盾</p> <p style="margin-left: 20px;"><u>ii 様式1とEFファイル</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</p> <p style="margin-left: 20px;"><u>iii 様式4とEFファイル</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</p> <p style="margin-left: 20px;"><u>iv DファイルとEFファイル</u> 記入されている入院料等の矛盾</p> <p>③ 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 <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●●点減算する。</u></p> <p>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） <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年間派遣した場合、当該評価を●●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	<p>〔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> <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><u>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〕</u></p> <p><u>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】</u></p> <p><u>「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</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>「A205 救急医療管理加算」</u> ・ <u>「A300 救命救急入院料」</u> ・ <u>「A301 特定集中治療室管理料」</u> ・ <u>「A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料」</u> ・ <u>「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」</u> ・ <u>「A301-4 小児特定集中治療室管理料」</u> ・ <u>「A302 新生児特定集中治療室管理料」</u> ・ <u>「A303 総合周産期特定集中治療室管理料」</u> <p><u>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】</u></p> <p><u>「救急医療入院」の患者</u></p>

<p>6) 地域医療指数</p>	<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> <table border="1" data-bbox="869 215 1998 561"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数 (内訳)</th> <th>評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 体制評価指数</td> <td></td> <td rowspan="3">1/2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">計 12 項目 (各 1 ポイント)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">I・II群は評価上限●ポイント III群は評価上限●ポイント</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> </tbody> </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 群は●ポイント、II 群は●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>【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。</p> <p>【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	① 体制評価指数		1/2	計 12 項目 (各 1 ポイント)		I・II群は評価上限●ポイント III群は評価上限●ポイント		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		1/2															
計 12 項目 (各 1 ポイント)																	
I・II群は評価上限●ポイント III群は評価上限●ポイント																	
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															
<p>7) <u>後発医薬品指数 (仮)</u></p>	<p><u>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</u></p>	<p><u>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。</u> (※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>															

別表 2

＜地域医療指数・体制評価指数別表 2＞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●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） 	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	「災害拠点病院の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価 (0.5P ずつ)	「災害拠点病院の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価 (いずれかで 1P)
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) 	<p>「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)</p> <p>※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。<u>(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></p>
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)	
<u>⑪急性心筋梗塞の 24 時間診療体制</u>	<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>	
<u>⑫精神科身体合併症の受入体制</u>	<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>	

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

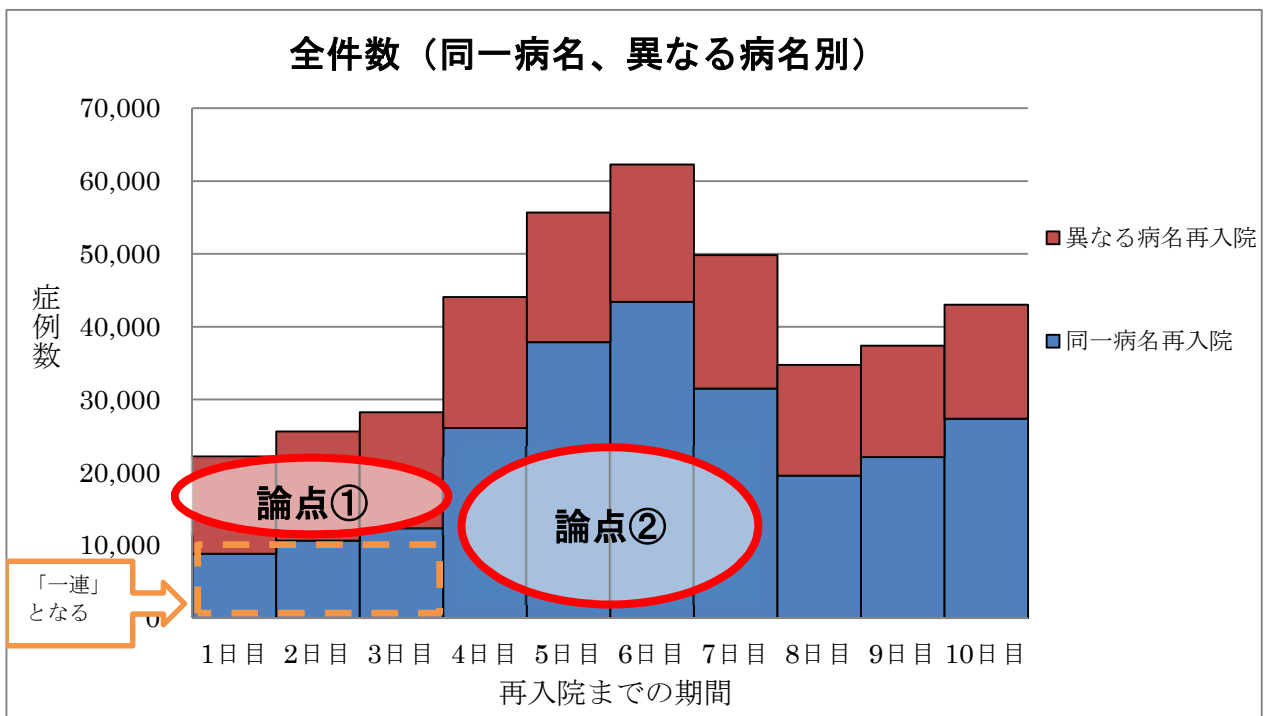
3. 算定ルール等の見直し

(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「入院の契機となった傷病名」のDPC上2桁コード（現行は上6桁コード）が一致するものについて、「一連」と見なすこととする。
- 「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）。
- 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の取り扱いについては、短期間（数日間）退院可能な患者を退院させるインセンティブに配慮し、退院期間の日数は入院期間とはみなさないこととしてはどうか。
- 「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。

(考え方)

- 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。
- 以下の観点から、3日以内再入院ルールに関する見直しの検討を行った。
 - 論点①：1～3日目に再入院した際の傷病名の意図的な操作によるリセットによって本来であれば入院期間がリセットされるべきではない患者は含まれていないか
 - 論点②：同一病名で4日目以降に再入院した患者について、再入院の時期を意図的に操作することによるリセットによって本来であれば入院期間がリセットされるべきではない患者は含まれていないか



- 1～3日の再入院のうち、異なる病名の再入院は、平成20年以降増加傾向を認めており、また4～7日の同一病名の再入院については1～3日、8～10日の同一病名再入院と比較し件数が突出して多くなっている。

[論点①に関して]

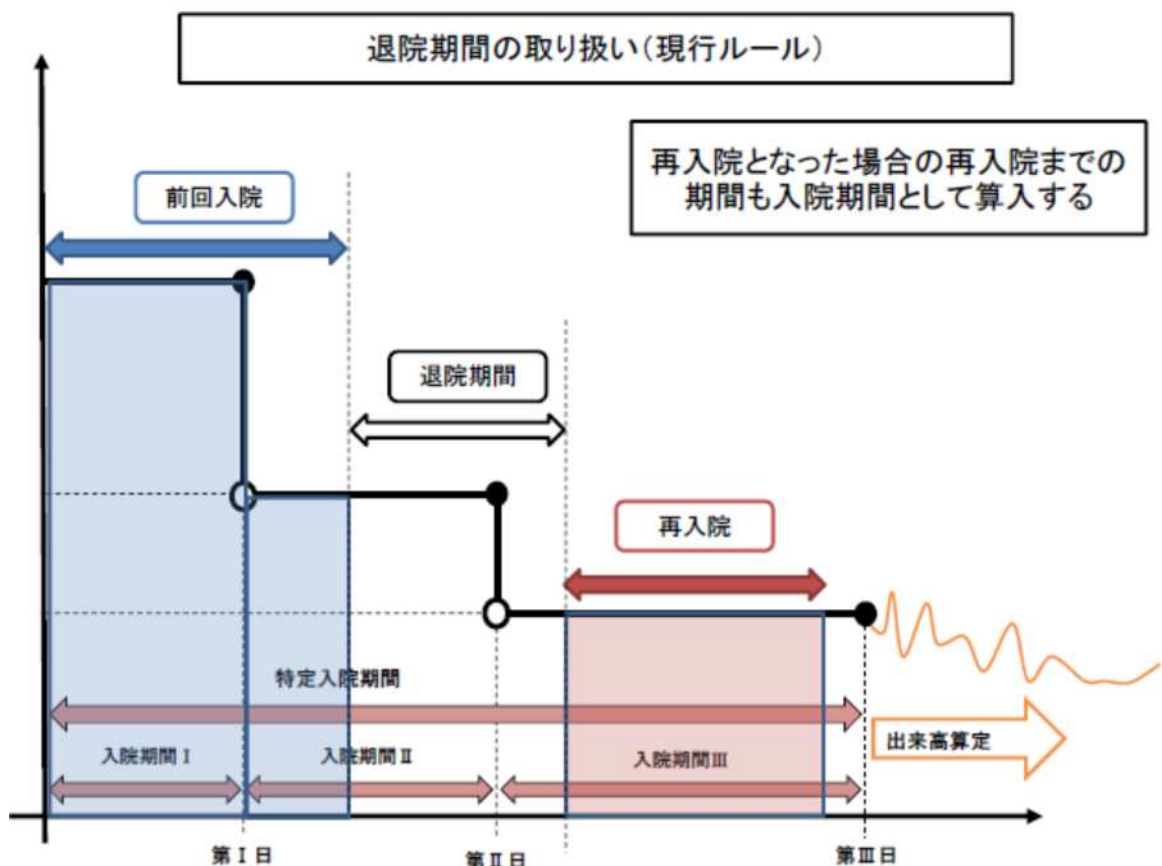
- 再入院時の「最も医療資源を投入した病名」によって「一連」であるか否かを判断することについて検討を行ったが、退院時まで「一連」と判断されるか否かが確定しないことにより、差額調整が困難になる事例（一連と見なされることで特定入院期間が短くなり、前月分のDPCレセプトの請求を出来高レセプトに変更する必要がある場合等）が多く発生すると考えられることから、再入院時の「入院の契機となった傷病名」によって判断する現行の考え方を維持することが妥当であると考えられる。
- 傷病名の意図的な操作による入院期間のリセットに対応するため、一連とみなされるか否かについては現行のDPC上6桁からDPC上2桁コードが同一であるかによって判断することとし、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ことが妥当である。

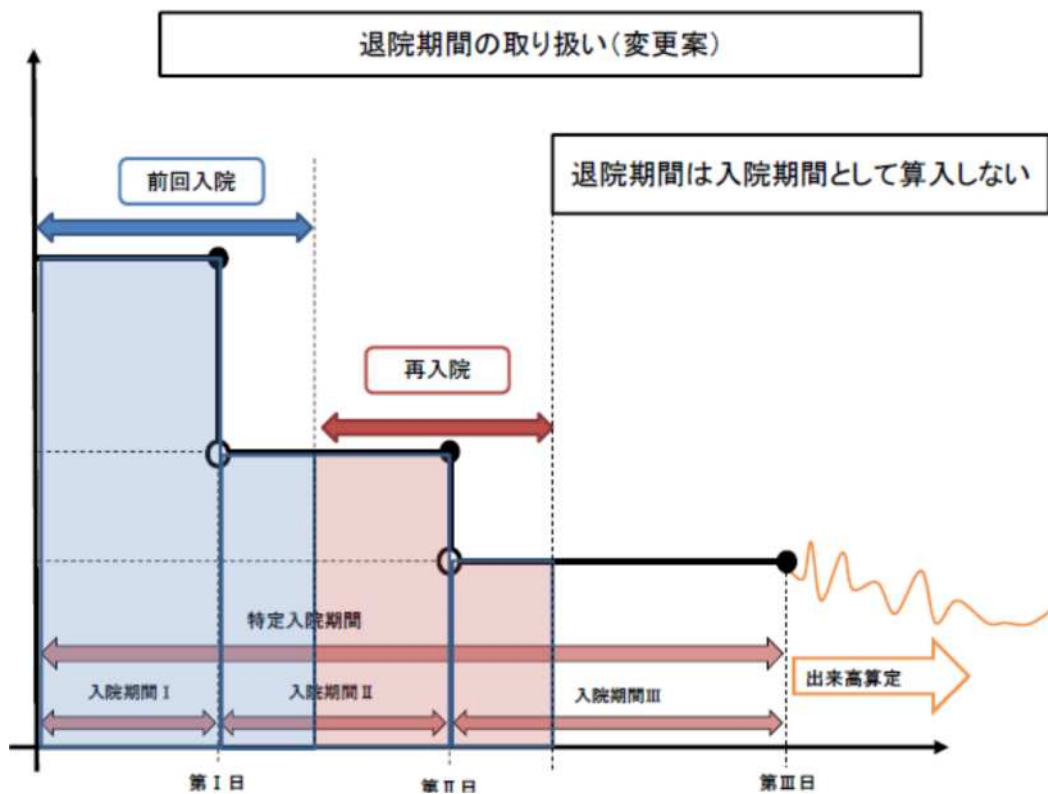
[論点②に関して]

- 退院患者調査の「再入院調査」によると4～7日以内の再入院のうち「前回入院で術前検査等を行い今回入院で手術を行うため」、「前回入院以前に手術を

行い今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため」といった理由による再入院が2割以上を占めており、これらについては一連の入院とみなして差し支えないと考えられることから、当該算定ルール適用は現行の「3日」から「7日」に延長することが妥当であると考えられる。

- 悪性腫瘍にかかる症例のうち、「手術」や「放射線治療」を実施する入院については、技術料がDPC 包括対象外であり出来高算定可能であることから、再入院ルールの適用を「7日」に延ばすことによる影響は比較的小さいと考えられるが、「化学療法」については薬剤料がDPC 包括対象であることから、再入院ルールの適用を「7日」に延ばすことで適切な化学療法の費用が償還されない事例も多く発生すると考えられることから、当該ルールの適用から除外する必要がある。
- 再入院ルールの適用を7日に延長することで、短期間（数日間）退院可能な患者を退院させるインセンティブがなくなってしまう可能性に配慮し、退院期間の日数は入院期間として算入しないことが妥当であると考えられる。





- 「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、次回改定以降、退院患者調査等によって重点的に評価することが必要であると考えられる。

(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。

(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。
- 院内処方が可能な薬剤を外来で処方すること等によって患者に持参させることは、患者の負担を増加させ、またそのような処方を行わない他の DPC 病院と比較し診療報酬上不平等であり、不適切であると考えられることから、DPC/PDPS の運用上望ましくない行為であると考えられる。

(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いう指摘があったが、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

- DPC/PDPS の導入の評価・影響の検証等を行うため、(1) 診断群分類の妥当性の検証、(2) 診療内容の変化等及び(3) 医療機関の機能の変化、を評価するため、退院患者毎の診療情報及び診療報酬請求情報からなる退院患者提出データに基づく分析調査（いわゆる「退院患者調査」）を実施しており、退院患者調査では把握が困難なものについて、必要に応じて別途「特別調査」を実施している。

【参考】「DPC 導入の影響評価に係る調査」について

	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

(1) 退院患者調査の各様式の見直しについて

- 退院患者調査は、以下の様式により構成されている。

【参考】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	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高点数情報

① 様式 1（簡易診療録情報）

- 下記の通り見直しを行うこととする。

【既存項目の見直し】

項目名	内容	考え方
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	・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・介護関連肺炎（NHCAP）が区別できるようになるため、重症度分

	8 院内で出生 9 その他	類に活用できる可能性がある。
(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	上記に同じ
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。

【新規項目の提案】

項目名	内容	考え方
3. 入退院情報	入院前と退院後の在宅医療の有無 0 無 1 当院が提供 2 他施設が提供 9 不明	・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
6. 診療情報	抗リウマチ分子標的薬の初回治療の有無	・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。

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」 0 無し 1 I～II 2 III～IV・M	・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。
6. 診療情報	入院時と退院時の褥瘡の深さ（DESIGN分類のD0～D5を入力）	・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。
6. 診療情報	持参薬の使用の有無 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	・予定入院の症例について、持参薬の使用状況を調査する。

② 様式3（施設情報）

- 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。

（※「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。

（考え方）

- DPC対象病院の基準となっている「データ／病床比」のあり方の適切な見直し等に向けて、届け出されている病床数と実際に稼働している病床数の乖離等を適切に把握する。

③ 様式4（医科保険診療以外の診療情報）

- 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。

(2) 退院患者調査の結果報告のあり方について

- DPC/PDPS において経時的に特徴的な変化が起きていないかをモニタリングすることを目的とし、DPC/ PDPS に係る基本的な情報について、直近 5 年分のデータを下記の集計方法により毎年中医協総会に「定例報告」する。
- 「定例報告に係る集計方法」は、毎年の「定例報告」の度ごとに見直しを行うこととする。
- また「定例報告」の結果等から、重点的に評価すべき事項が生じ、退院患者調査の追加集計の必要が生じた場合については、追加集計を行う前に DPC 評価分科会において仮説を明確化する。
- なお、退院患者調査による集計によって検証することが難しい場合は、適宜特別調査を実施する（従前の通り）。

「定例報告に係る集計方法」

1. 集計の際の施設類型の考え方

- ・「DPC 対象病院（Ⅰ群・Ⅱ群・Ⅲ群別）・DPC 準備病院・その他の病院別」

2. 集計項目

- ・在院日数
- ・病床利用率
- ・救急車による搬送（率・1施設あたり患者数）
- ・予定・救急医療入院（率・患者数）
- ・退院時転帰
- ・入院経路
- ・退院先の状況
- ・再入院種別
- ・再転棟種別

(考え方)

- DPC/PDPS において経時的に特徴的な変化が起きていないかをモニタリングすることは重要であり、モニタリングを目的とした際の適切な集計方法について検討を行った。

- 重点的に何かを評価する場合は、詳細な集計に入る前に何らかの仮説を立てない限り、意義がある結果を得ることは難しいため、予め仮説を明確化する。

(3) 退院患者調査様式1の調査項目に関する次回改定以降の対応について

- 様式1の調査項目の基本的な考え方については下記の通りに整理することとし、平成26年改定以降、新たに調査項目に加える際には基本的な考え方に従い検討を行うこととし、活用されない調査項目等については、必要に応じて調査対象となる患者の範囲の見直しや調査項目の削除等の対応について検討する。

【基本的な考え方】

- ① 退院患者についての通常診療録に記載されているような基本的な情報（生年月日、性別等）に関する調査項目であること
- ② 急性期医療を担う病院（DPC対象病院）の機能や役割の分析のための調査項目であること
- ③ 手術・処置・重症度等の組み合わせでは患者の重症度が表現できない又は困難な傷病名（DPC上6桁）の診断群分類を検討するための調査項目であること

(考え方)

- 医療機関の調査負担の軽減に配慮する観点から、様式1に係る基本的な考え方を整理し、平成26年改定以降は基本的な考え方に従って調査項目の見直しを行う。

(4) 外来EF統合ファイルの提出について

- 外来EF統合ファイルは、I群・II群に加え、III群のDPC対象病院も提出を必須化する。

(考え方)

- 平成24年度診療報酬改定後、外来EF統合ファイルの受付を開始した（I群・II群病院の提出は必須、III群病院の提出は任意とされている）。
- 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。
- 平成24年度退院患者調査の結果報告で、化学療法等の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ている。

(5) その他（中医協総会への提言）

- DPC/PDPS に関する調査を、診療報酬体系において明確に位置づけるべきである。

(考え方)

- 平成 15 年の DPC 制度導入時より、「DPC 導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）」を実施しており、その調査結果（以下「DPC データ」という。）は診療報酬制度の見直し（診断群分類点数表、医療機関別係数の設定等）に活用されている。
- 退院患者調査の対象となる病床数は、平成 15 年の DPC 制度導入時は約 7% であったが、平成 24 年では急性期医療を提供する病床（7:1、10:1）の約 53% を占めており、診療報酬制度の見直しにおける急性期入院医療を受ける患者の病態や医療行為の内容等に関する調査として、一定程度確立してきている。
- 現在、DPC フォーマットデータの提出は「A245 データ提出加算」として診療報酬上評価されており、また DPC/PDPS に係る調査への適切な参加は DPC 対象病院・準備病院の施設基準となっている。
- 以上のような背景を踏まえ、DPC/PDPS に関する調査を診療報酬体系において明確に位置づけるべきである。

平成 26 年改定に向けた DPC 制度 (DPC/PDPS) の対応について (参考資料)

1. 平成 26 年改定に向けた DPC 制度に係る今後の対応について (中間報告)

[平成 25 年 10 月 16 日 中医協総会 総-1-1 (一部抜粋)] . . . P 2

2. 機能評価係数 I について

[平成 25 年 12 月 9 日 DPC 評価分科会 D-1 (一部抜粋)] . . . P 4

3. 機能評価係数 II について

[平成 25 年 11 月 27 日 DPC 評価分科会 D-1 (一部修正)] . . . P 6

- ① 地域医療指数に関する都道府県アンケートの結果について
- ② 参考集計等

4. 算定ルール等について

[平成 25 年 11 月 27 日 DPC 評価分科会 D-2 (一部追加)] . . . P 27

5. 退院患者調査の見直しについて

[平成 25 年 10 月 30 日 DPC 評価分科会 D-2 (一部修正)] . . . P 35

- ① 退院患者調査の様式集
- ② その他の参考資料

DPC制度（DPC/PDPS）に係るこれまでの検討状況について

（中間報告）

4. 今後の検討事項とスケジュール

- 今回の中間報告の結果を踏まえ、次回改定に向けた下記の検討課題について引き続きDPC評価分科会において具体的整理・検討を進め、平成25年12月を目途に検討結果を中医協総会へ報告することとしてはどうか（整理・検討を進める中で、中医協総会に諮るべき事項等が生じた場合は、適宜中医協総会へ中間報告する）。
- 激変緩和措置等、改定全体の影響を考慮する必要がある事項については、改定全体の方針が定まってから中医協総会で議論することとしてはどうか。

・ 次回改定（平成26年度）に向けて中医協総会及びDPC評価分科会において検討を要する事項について

- (1) 基礎係数（医療機関群のあり方）について
 - II群要件の具体的な算出方法について 等
- (2) 機能評価係数IIについて
 - 現行の6項目の評価方法について
 - 医療機関別群別評価のあり方について
 - 指数から係数への変換方法 等
 - 各係数への報酬配分（重み付け）のあり方 等
- (3) 診断群分類の見直し
 - 新たな技術に対応した見直し
 - 副傷病の見直し 等
- (4) 算定ルール等の見直し
 - 3日以内再入院ルールの見直しについて
 - 点数設定方法D（高額薬剤に対応するために導入した点数設定方式）の適用のあり方について
 - 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 等
- (5) その他
 - 暫定調整係数の計画的な置き換えのための検証について
 - 激変緩和措置のあり方
 - DPC導入の影響評価にかかる調査（退院患者調査）の見直しについて
様式1の見直し 等
 - 適切なコーディングの推進について 等

< 現行の機能評価係数 I 一覧 >

	診療料	特定機能 病院	専門 病院	一般 病院	出来高の点数
入院基本料	入院基本料(7対1)	0.1707	0.1182	0.1006	1,566 点/日
	入院基本料(7対1 特別)			▲ 0.0689	1,244 点/日
	入院基本料(10対1)	0.0701	0.0175		1,311 点/日
	入院基本料(10対1 特別)			▲ 0.1494	1,040 点/日
入院基本料等加算	総合入院体制加算			0.0291	120 点/日(14日まで)
	地域医療支援病院入院診療加算			0.0277	1,000 点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(基幹型)		0.0012		40 点(入院初日)
	臨床研修病院入院診療加算(協力型)		0.0006		20 点(入院初日)
	診療録管理体制加算		0.0008		30 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(15対1)		0.0253		810 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(20対1)		0.0190		610 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(25対1)		0.0153		490 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(50対1)		0.0080		255 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(75対1)		0.0056		180 点(入院初日)
	医師事務作業補助体制加算(100対1)		0.0043		138 点(入院初日)
	急性期看護補助体制加算1		0.0387		160 点/日(14日まで)
	急性期看護補助体制加算2		0.0339		140 点/日(14日まで)
	看護補助加算1		0.0404		109 点/日
	看護補助加算2		0.0311		84 点/日
	看護補助加算3		0.0207		56 点/日
	医療安全対策加算1		0.0027		85 点(入院初日)
	医療安全対策加算2		0.0011		35 点(入院初日)
感染防止対策加算1		0.0125		400 点(入院初日)	
感染防止対策加算2		0.0031		100 点(入院初日)	
検査	検体検査管理加算(I)		0.0010		40 点/月
	検体検査管理加算(II)		0.0024		100 点/月
	検体検査管理加算(III)		0.0071		300 点/月
	検体検査管理加算(IV)		0.0119		500 点/月
経過措置	入院基本料(13対1)		▲ 0.0645	▲ 0.0821	-
	入院基本料(15対1)			▲ 0.1444	-
	上記に該当しないもの			▲ 0.3329	-

<機能評価係数 I の整理>

		機能評価係数 I として評価されているもの				
		患者ごとに条件を満たせば算定可能	(無色)	DPC 病棟では算定しないと考えられるもの		
		入院基本料等加算				
①医療機関の評価	病院の体制の評価	A200	総合入院体制加算	A230	精神病棟入院時医学管理加算	入院患者全員に 加算
		A204	地域医療支援病院入院診療加算	A230-2	精神科地域移行実施加算	
		A204-2	臨床研修病院入院診療加算	A243	後発医薬品使用体制加算	
		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			
		A234-3	患者サポート体制充実加算			
		A244	病棟薬剤業務実施加算			
		A245	データ提出加算			
①医療機関の評価	看護配置の評価	A207-3	急性期看護補助体制加算	A213	看護配置加算	入院患者全員に 加算
		A214	看護補助加算			
①医療機関の評価	地域特性の評価	A218	地域加算			入院患者全員に 加算
		A218-2	離島加算			
①医療機関の評価	特殊病室の評価	A224	無菌治療室管理加算	A229	精神科隔離室管理加算	条件を満たす患者 個
		A225	放射線治療病室管理加算			
①医療機関の評価	療養環境の評価	A219	療養環境加算	A222	療養病棟療養環境加算	条件を満たす患者 個
		A220	HIV感染者療養環境特別加算	A222-2	療養病棟療養環境改善加算	
		A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算	A223	診療所療養病床療養環境加算	
		A221	重症者等療養環境特別加算	A223-2	診療所療養病床療養環境改善加算	
		A221-2	小児療養環境特別加算			
②医療連携の評価	紹介・受入の評価	A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	A227	精神科措置入院診療加算	条件を満たす患者 個
		A206	在宅患者緊急入院診療加算	A228	精神科応急入院施設管理加算	
		A238-4	救急搬送患者地域連携紹介加算	A236-6	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	
		A238-5	救急搬送患者地域連携受入加算	A236-7	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	
				A236-8	地域連携認知症支援加算	

			A236-9 地域連携認知症集中治療加算	人 毎 に 加 算
退院調整の評価	A238	退院調整加算		
	A238-3	新生児特定集中治療室退院調整加算		
脳卒中	A205-2	超急性期脳卒中加算		
救急	A205	救急医療管理加算		
小児	A208	乳幼児・幼児加算		
	A212	超重症児(者)入院診療加算・ 準超重症児(者)入院診療加算		
産科	A236-2	ハイリスク妊娠管理加算		
	A237	ハイリスク分娩管理加算		
精神科	A231-2	強度行動障害入院医療管理加算		
	A231-3	重度アルコール依存症入院医療管理加算		
	A231-4	摂食障害入院医療管理加算		
精神疾患と 身体疾患の合併			A230-3 精神科身体合併症管理加算 A230-4 精神科リエゾンチーム加算	
	小児精神	A231	児童・思春期精神科入院医療管理加算	
褥瘡・ 重症皮膚潰瘍	A235	褥瘡患者管理加算	A226 重症皮膚潰瘍管理加算	
	A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算		
栄養管理	A233	栄養管理実施加算		
	A233-2	栄養サポートチーム加算		
人工呼吸器離脱	A242	呼吸ケアチーム加算		
介護連携	A240	総合評価加算		
がん	A226-2	緩和ケア診療加算	A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算	
	A232	がん診療連携拠点病院加算		
難病等	A210	難病等特別入院診療加算	A211 特殊疾患入院施設管理加算	

機能評価係数Ⅱ（地域医療指数）に関する 各都道府県へのアンケート調査結果について

1. アンケート調査の概要

地域医療指数の評価項目のうち、各都道府県の医療計画（5疾病・5事業＋在宅医療）に基づく取り組みについて、各都道府県の事業推進への貢献や、当該評価項目の今後のあり方について、47都道府県に対してアンケート調査を実施した。

2. アンケート調査結果

(1) 回収状況

評価項目		照会内容	当該事業が評価されたことで当該事業の推進に貢献していると考えますか。				機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。				
			貢献している	貢献していない	どちらともいえない	回答数	継続すべき	廃止すべき	見直しが必要	その他	回答数
がん	がん地域連携		38	0	5	43	39	0	1	4	44
	地域がん登録		39	0	5	44	38	0	2	4	44
	がん拠点病院		39	0	5	44	39	0	2	3	44
脳卒中	脳卒中地域連携		39	0	4	43	39	0	0	4	43
	24時間t-PA体制		34	0	9	43	36	0	0	7	43
救急医療	救命救急センター		39	1	4	44	41	0	0	3	44
	病院群輪番制		39	1	4	44	40	0	1	3	44
	共同利用型施設		16	1	25	42	22	0	1	20	43
	救急車で来院し入院となった患者		36	1	7	44	37	0	0	7	44
へき地医療	へき地医療拠点病院		35	0	7	42	37	0	0	5	42
	社会医療法人認可におけるへき地医療の要件		23	0	19	42	30	0	0	12	42
災害医療	災害拠点病院		38	1	5	44	41	0	0	3	44
	DMATの指定		39	1	4	44	40	0	1	3	44
	EMISへの参加		35	1	8	44	37	0	4	3	44
周産期医療	総合周産期母子医療センター		39	0	5	44	40	0	1	3	44

地域周産期母子医療センター	36	0	8	44	39	0	1	4	44
---------------	----	---	---	----	----	---	---	---	----

(2) 都道府県からの主な意見

①現行の評価方法の見直しについて】

がん（がん地域連携）

照会内容	都道府県からの主な回答			
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	38	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・がん治療の均てん化に貢献している。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 	
	貢献していない	0		
	どちらともいえない	5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・総体的にがん医療の推進に寄与していると思われるが、地域連携事業推進について明確な効果は確認できない。 ・評価されることで医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。 	
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・地域連携の推進に寄与している。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。 	
	廃止すべき	0		
	見直しが必要	1	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援においては、「がん治療連携計画策定料」の対象とならない在宅緩和ケアのがん地域連携クリティカルパスに対する取組みの評価。 	
	その他	4	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携の運用実態について詳細について把握していない。 ・医療計画策定の際に参考としていない。 	

がん（地域がん登録）

照会内容	都道府県からの主な回答			
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・地域がん登録参加医療機関の増加につながっているため。 ・届出数の増加が、がんの罹患数等、がんの実態把握に貢献しているため。 ・近年その精度が向上しており、各種施策への活用が期待される。 	
	貢献していない	0		
	どちらともいえない	5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・地域医療指数として評価されることは、医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。 	
機能評価係数における	継続すべ	38	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 	

評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	き		<ul style="list-style-type: none"> ・がん対策に関する必要なデータ集積に重要な事業であり継続すべきである。 ・地域医療を確保していくための診療報酬上の評価が必要なため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	2	<ul style="list-style-type: none"> ・がんと診断する医療機関が初回の治療を行うと考えられるが、必ずしもそうだとは限らないため。 ・数量的な判断は必要ない（①がん登録を行うのは診断された医療機関であり、実際に治療している医療機関ではない場合がある。②病院の規模・専門性により登録数の違いは出る。）。
	その他	4	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。 ・今後がん登録の法制化により、全ての病院へのがん登録届出の義務化が見込まれていることから、むしろ院内がん登録の導入を評価することについて検討すべきと考える。 ・評価は必要であるが、登録件数について、良性・悪性、疑診、転院、再発等の届出の要否など、取扱が各都道府県で異なり、数値の客観性には疑問がある。

がん（がん拠点病院）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	<ul style="list-style-type: none"> ・がん治療の均てん化に貢献している。 ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・がん医療水準の向上のための中心施設として機能するために評価することは妥当であると考えられる。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・「がん拠点病院等」のポイント加算は納得できるが、医療計画に係る事業の推進に寄与しているかどうか分からない。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・がんの集学的治療や緩和ケアの提供、地域のがん医療に係る人材の育成、相談支援、がん登録など、がん拠点病院やこれに準じる病院を中心とした質の高いがん医療提供体制を整備していくために継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直し	2	<ul style="list-style-type: none"> ・現行制度は、がん診療連携拠点病院の指定の有無で評価に差がつく仕組み

	しが必要		になっていること、また、拠点病院の指定期間が4年間であることも合わせて、各病院が地域医療において果たしている役割を一層きめ細やかに評価する必要がある。
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

脳卒中（脳卒中地域連携）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・県が推進する地域医療連携体制の構築上、急性期対応医療機関等の有する機能の例示として「地域連携診療計画管理料」等を掲げているため。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	4	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療計画の目標値達成に向け継続が必要であると考え。 ・脳卒中の治療、再発予防にあたっては、多職種協働による医療連携体制の確立が不可欠であるため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。 ・長期にわたる治療・予後対策が重要となり、その連携状況を把握するためには重要な指標となるため。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	4	・医療計画策定の際に参考としていない。

脳卒中（24時間t-PA体制）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	34	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・当該評価項目による事業推進の効果の個別検証はしていないが、当該項目は地域医療体制強化へのインセンティブを有するものと思料される。
	貢献していない	0	
	どちら	9	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。

	ら も え な い		<ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中に係る地域医療連携体制において、超急性期対応医療機関の位置付けはないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。 ・体制を整備している医療機関数を把握していないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継 続 す べ き	36	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・医療計画の目標値達成に向け継続が必要であると考え。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・医療機関にとって大きな経費負担となることから評価の継続が必要である。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃 止 す べ き	0	
	見 直 し が 必 要	0	
	そ の 他	7	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。 ・t-PA の指標は採用後間もないため判定が困難であり、引き続き指標として扱い経過を見るべき。

救急医療（救命救急センター）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢 献 し て い る	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・項目があることが指定の動機づけになっている。 ・救急医療への新規参加にはつながっていないが、不採算部門である救急医療を行っている病院のインセンティブになりうると考える。
	貢 献 し て い な い	1	<ul style="list-style-type: none"> ・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	ど ち ら も い え な い	4	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・救命救急センターによる三次救急医療の推進との関連性の評価は困難。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継 続 す べ き	41	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・救急搬送患者の最終的な受け皿として救急医療体制に貢献しており継続すべき。 ・救急医療の推進のためのインセンティブとして、地域における医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続するべきと考える。 ・採算的に厳しい事業であり支援が必要なため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃 止	0	

	す べ き		
	見 直 し が 必 要	0	
	そ の 他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

救急医療（病院群輪番制）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢 献 し て い る	39	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・評価項目となっていることで制度の継続的運用に寄与していると考え。 ・三次救急医療施設への患者集中を防ぐため、二次救急患者を受け入れる体制として貢献している ・救急医療への新規参加にはつながっていないが、不採算部門である救急医療を行っている病院のインセンティブになりうると考える。
	貢 献 し て い な い	1	・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	ど ち ら も い え な い	4	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継 続 す べ き	40	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・採算的に厳しい事業であり支援が必要なため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃 止 す べ き	0	
	見 直 し が 必 要	1	・前年度より該当する医療機関が減少しており貢献しているとは言えないため。
	そ の 他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

救急医療（共同利用型施設）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢 献 し て い る	16	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢 献 し て い な い	1	・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。

	どちらでもない	25	<ul style="list-style-type: none"> ・該当医療機関が無いため。 ・救急医療への貢献が不明なため。 ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	22	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	<ul style="list-style-type: none"> ・県側で把握していないため。
	その他	20	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画策定の際に参考としていない。 ・該当医療機関が無いため判断できない。

救急医療（救命車で来院し入院となった患者）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	36	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・入院を要する患者の受入を評価することで救急患者受入拒否の抑制につながると考えられるから。
	貢献していない	1	<ul style="list-style-type: none"> ・救急医療はDPCの評価項目であるから推進するというレベルのものではない。
	どちらでもない	7	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	37	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。 ・救急搬送件数は近年増加しており、二次救急医療機関の役割を評価するため必要。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	7	<ul style="list-style-type: none"> ・重篤患者の受入に寄与するよう期待。 ・実績評価は必要だが患者数とポイントとの関連が不明。

へき地医療（へき地医療拠点病院）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	35	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・代診や情報ネットワークを利用した診療のサポート等へき地診療所の支援につながっているため。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	7	・該当医療機関が無いため。 ・管内にへき地指定地区が存在しないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	37	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・へき地医療の推進のためのインセンティブとして評価される仕組みが必要であり継続するべきと考える。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	5	・貢献について判断できない。そのため、今後についても判断できない。

へき地医療（社会医療法人認可におけるへき地医療の要件）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	23	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	19	・該当医療機関が無いため。 ・管内にへき地指定地区が存在しないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考え	継続すべき	30	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・へき地医療の推進のためのインセンティブとして評価される仕組みが必要であり継続するべきと考える。 ・効果は不明であるが不採算部門であるため継続が必要と思われる。

ますか。			・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	12	・貢献について判断できない。そのため、今後についても判断できない。

災害医療（災害拠点病院）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	38	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。
	貢献していない	1	・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	どちらともいえない	5	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	41	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害拠点病院の機能維持のためには相当の経費を要するため。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけでないので、貢献度はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため評価は継続すべき。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	0	
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

災害医療（DMATの指定）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献している	39	39	・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。 ・不採算部門である災害医療を担う病院のインセンティブになりうると考える。

ると考えますか。	貢献していない	1	・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	どちらでもない	4	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	40	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害医療の推進のためのインセンティブとして必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続すべきと考える。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけではないので、貢献度はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため、機能評価係数としての評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	・評価項目がDMATの能力強化に結びついているかは不明。訓練や研修への参加実績等を踏まえた見直しが必要。
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

災害医療（EMISへの参加）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	35	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・災害時医療を迅速に行うためには、当該項目の役割を果たす医療機関の整備が必要であるため。 ・DPC制度参加に係るインセンティブになっている。
	貢献していない	1	・DPCでの評価が直接、災害医療の推進に寄与する要因となっているようには感じられない。
	どちらでもない	8	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・EMISの参加登録だけでは災害時の医療体制における貢献が不明のため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	37	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・実績に応じた評価項目であり、客観的な評価ができるため。 ・災害医療の推進のためのインセンティブとして必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり継続すべきと考える。 ・全ての災害拠点病院がDPC制度を導入しているわけではないので、貢献度はどちらとも言えないが、不採算部門の取組であるため、機能評価係数としての評価は継続すべきと考える。

			・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	4	・災害拠点病院の場合、EMISへの参加はとしては当然のことであり評価する必要はない。 ・定期的に操作研修をしている等の災害時の実効性を加味してはどうか。 ・EMISへの参加についてはすでに一定の水準が達成されており、参加を既定のものとして取り扱うことが望ましいこと、また、参加に当たって多くの費用負担が発生しているものではないことから、診療報酬面にあつては、機能評価係数による加算でなく、減算対象として取り扱うべき。
	その他	3	・医療計画策定の際に参考としていない。

周産期医療（総合周産期母子医療センター）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	39	・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・周産期の乳児等の死亡率低下に貢献している。 ・周産期母子医療センターの整備等により、リスクの高い妊産婦や新生児に対する安全で安心できる医療の充実により周産期死亡率を低下することを目標としているため、貢献していると考え。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	5	・事業の推進に貢献しているか判断できないため。 ・事業推進に直接つながっていないが、一定の効果はあると思われる。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	40	・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・周産期医療の推進のためのインセンティブとして、地域において必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり、継続すべきと考える。 ・DPC制度による貢献度合いは不明であるが不採算部門の取組であるため評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	・他病院で診られない症例の患者などの入院受入を積極的に行っており、限られた病床と人員の中取り組んでいることについて評価が必要。
	その他	3	・総合周産期母子医療センターが担う不採算部門の医療を継続させるため、機能評価係数における評価を拡充してほしい。

周産期医療（地域周産期母子医療センター）

照会内容	都道府県からの主な回答		
当該評価項目は、医療計画に係る事業の推進に貢献していると考えますか。	貢献している	36	<ul style="list-style-type: none"> ・病院機能を評価する上で有用な項目と考えられるため。 ・病院のインセンティブにつながると考えられるため。 ・周産期母子医療センターの整備等により、リスクの高い妊産婦や新生児に対する安全で安心できる医療の充実により周産期死亡率を低下することを目標としているため、貢献していると考える。
	貢献していない	0	
	どちらともいえない	8	<ul style="list-style-type: none"> ・事業推進に直接つながっていないが、一定の効果はあると思われる。 ・当県では設置していないため、どちらともいえない。 ・医療計画推進に向けた誘導策になっているが、そのことをもって医療計画に貢献しているとは判断できないため。
機能評価係数における評価について、今後、どのようにすべきと考えますか。	継続すべき	39	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画に係る事業の推進に貢献しているため。 ・医療提供体制の確保・推進に寄与するものであるため。 ・周産期医療の推進のためのインセンティブとして、地域において必要な医療提供の機能を果たしている施設が評価される仕組みが必要であり、継続すべきと考える。 ・DPC制度による貢献度合いは不明であるが不採算部門の取組であるため評価は継続すべきと考える。 ・限られた医療資源のなか、医療提供体制に貢献している医療機関に地域の実情に求められている機能の実現にインセンティブを与える継続した評価を望む。
	廃止すべき	0	
	見直しが必要	1	<ul style="list-style-type: none"> ・県内における地域周産期母子医療センター間において、整備状況や運営体制には差があるため。
	その他	4	<ul style="list-style-type: none"> ・地域周産期母子医療センターが担う不採算部門の医療を継続させるため、機能評価係数における評価を拡充してほしい。

② 5 疾病・5 事業＋在宅医療の評価方法】

各疾病・事業において現在の評価方法に加え、新たに「地域医療指数」によって評価すべき事項

がん

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・拠点病院以外の地域連携クリティカルパスの中核病院・今度、導入が予定されている「地域がん診療病院（仮称）」（がん拠点病院の無い2次医療圏において地域連携のがん医療を担う）指定の評価の検討・緩和ケアの評価 （がんに関する相談体制（がんサロン等）の整備及び相談実績、「緩和ケア病棟」、「緩和ケアセンター」、「がん相談支援センター」の整備、緩和ケアパスの導入実績、緩和ケア研修者を有する緩和ケアチーム体制の有無と稼働実績）・院内がん登録の導入実績・病院内外のがん医療に従事者を対象とした研修会等の開催及び市民公開講座等の情報発信に関する取組み・「ニコチン依存症管理料」の施設基準の届出・在宅医療との連携

脳卒中

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・365日24時間の脳卒中に対応する体制を整備している病院の評価

急性心筋梗塞

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・多職種や地域間の連携が不可欠な疾病であり、脳卒中と同等の評価が行われるべき・365日24時間の急性心筋梗塞に対応する体制を整備している病院の評価・24時間心臓カテーテル法による検査体制の評価・地域連携パスへの参加

糖尿病

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・一般社団法人日本糖尿病学会認定教育施設、日本糖尿病学会認定の糖尿病専門医数、日本糖尿病療養指導士会認定の糖尿病療養指導士数、公益社団法人日本看護協会認定看護師（糖尿病）、専門看護師数・初期・安定期治療を担う地域のかかりつけ医と専門治療や慢性合併症治療を担う医療機関との連携・糖尿病合併症管理料・糖尿病透析予防指導管理料の届出・地域連携パスへの参加・急性増悪時患者の受入れ数

精神疾患

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・精神科病床を併設する（総合）病院・精神科救急医療体制への参加（夜間休日精神科救急対応（精神科救急情報センター）等）・認知症疾患医療センターの指定・身体疾患を合併する精神疾患患者への対応（精神科身体合併症管理加算）・災害派遣精神医療チーム（DPAT）の指定・精神科リエゾンチーム体制・措置入院患者の受入れ数・精神科急性期治療病棟・救命救急入院料加算（自殺企図等に対する）

救急医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・ドクターヘリ基地病院、配備病院（ヘリポートの設置等）・輪番時の救急患者受入件数・診療所等の要請に応じて病院所有の救急車等により患者受入・搬送等を行う病院に対する評価・救急医療対策事業実施要綱「受入困難事案患者受入医療機関支援事業」への参加・受入実績・救急車で来院し入院となった患者の新入院に対する割合・救急車で来院し入院となった患者以外の評価

へき地医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・過疎地域自立促進特別措置法対象市町村所在病院への派遣・緊急時（災害時、常勤の急病時など）の代診医派遣の可否

災害医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院の評価に差をつける・原子力災害時に重要な役割を担う「被ばく医療機関」の評価・災害訓練等の評価 （災害訓練・研修への参加、地域の防災訓練への救護班としての参加）・DMATの評価 （実災害への出動件数、訓練への参加実績の評価） （保有数による評価）・EMISへの入力状況や研修実施状況の有無を評価する。

周産期医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・周産期母子医療センターを除く休日全夜間入院診療体制の整備・在宅移行支援病床を有する病院、小児中核病院、地域小児医療センター・指定の有無にかかわらず、MFICU・NICUの稼働病床を有していること・指定の有無のみの評価ではなくハイリスク妊産婦、ハイリスク児の受入等の実績も評価すべき

小児医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・小児救急病院群輪番制・小児救命救急センター、小児救急医療拠点病院の指定、小児がん拠点病院・小児集中治療室（PICU）・「地域小児科センター」登録病院（日本小児科学会事業）・児童虐待予防に係る「妊娠・出産・育児期の養育支援依頼書」の市町への提供件数・小児救急患者の受け入れ実績を加味した、小児救急医療拠点病院及び小児救急医療支援事業への参加医療機関

在宅医療

都道府県からの主な回答
<ul style="list-style-type: none">・在宅医療連携拠点事業実施病院、在宅療養支援病院・入院患者の在宅移行を行うために退院調整を行う体制の整備・在宅療養支援診療所への逆紹介率、在宅療養支援診療所からの急変患者の受入件数・「在宅患者緊急入院診療加算」、「在宅療養指導料」の施設基準の届出・在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションとの連携及び後方支援

- ・へき地への対応（特に24時間対応）の有無

③DPC制度へのその他の意見

都道府県からの主な回答

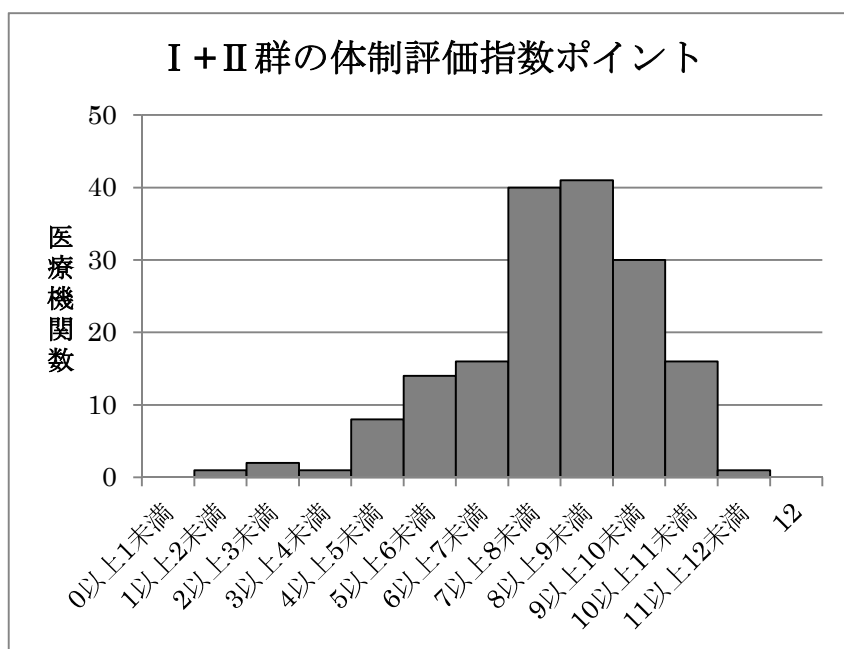
- ・5疾病5事業及び在宅医療はすべて評価すべき。
- ・事業の推進を一層図るため、制度の見直しにあたっては、DPC制度における診療報酬を増額するなどの検討を図られたい。
- ・急性心筋梗塞及び糖尿病について地域連携の評価を追加していただきたい。
- ・電子カルテ情報の共有化事業への参画について評価する。
- ・看護学生の実習の受入れ人数を評価する。
- ・臓器移植院内コーディネーターの配置を評価。
- ・精神疾患についてはDPCを採用している施設が少ないので、DPC制度による評価が医療計画の推進に結びつきにくいのではないかと感じる。
- ・地域医療指数として評価することと医療計画との関係を明確にしたうえで評価項目を設定すべき。
- ・評価項目が診療報酬にどのような影響を与えているかが不明。
- ・評価項目を同列に扱うことに疑問を感じる。
- ・体制評価指数の評価指標は10項目あるが、7ポイントが上限であるため8ポイント以上該当しても正当に評価されていない。そのため、各項目の診療報酬への影響度合いが分からない。
- ・都道府県による参加状況の確認が必要かどうか再度議論していただきたい。
- ・地域医療指数として評価することと医療計画との関係を明確にしたうえで評価項目を設定すべき

機能評価係数Ⅱの見直しのための参考集計

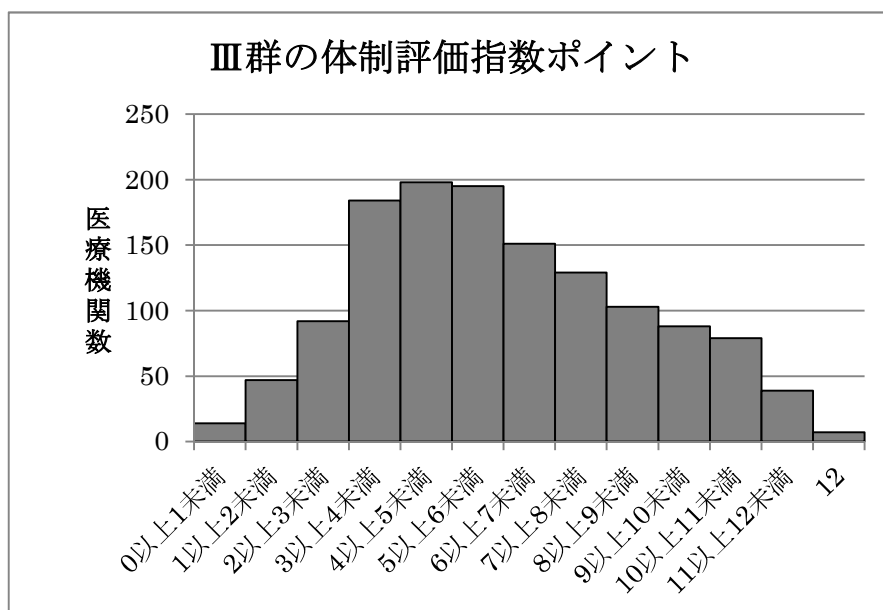
【地域医療指数体制評価指数の取得件数の一覧】

		DPC病 院Ⅰ群	DPC病 院Ⅱ群	DPC病 院Ⅲ群	DPC準 備病院
医療機関数		80	90	1,326	244
脳卒中地域連携	地域連携診療計画管理料（脳卒中に限る）	59	84	577	23
脳卒中地域連携	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）（脳卒中に限る）	4	7	311	79
脳卒中地域連携	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）（脳卒中に限る）	0	4	33	8
がん地域連携	がん治療連携計画策定料	79	74	440	7
がん地域連携	がん治療連携指導料	4	5	480	104
救急医療	① 医療計画上定められている二次救急医療機関であって、病院群輪番制への参加施設である。	30	56	1,054	160
救急医療	② 医療計画上定められている二次救急医療機関であって、共同利用型の施設である。	5	10	161	21
救急医療	③ 救命救急センターである。	51	58	145	1
災害時における医療	①災害拠点病院の指定を受けている。	65	69	409	28
災害時における医療	②災害派遣医療チーム（DMAT）にかかる指定を受けている。	72	59	366	13
へき地の医療	①へき地医療拠点病院の指定を受けている。	4	12	136	16
へき地の医療	②社会医療法人許可におけるへき地医療の要件を満たしている。	3	0	36	5
周産期医療	①総合周産期母子医療センターの指定を受けている。	32	20	37	4
周産期医療	②地域周産期母子医療センターの認定を受けている。	37	32	199	8
がん診療連携拠点病院	①都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受けている。	29	9	40	2
がん診療連携拠点病院	②地域がん診療連携病院の指定を受けている。	51	57	252	4
がん診療連携拠点病院	③都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定を受けている。	6	14	218	4
24時間tPA体制	超急性期脳卒中加算	73	84	536	17
EMIS（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）へ参加している。	76	80	899	52

【平成 25 年度の体制評価指数ポイントシミュレーション（上限 12 ポイント）】

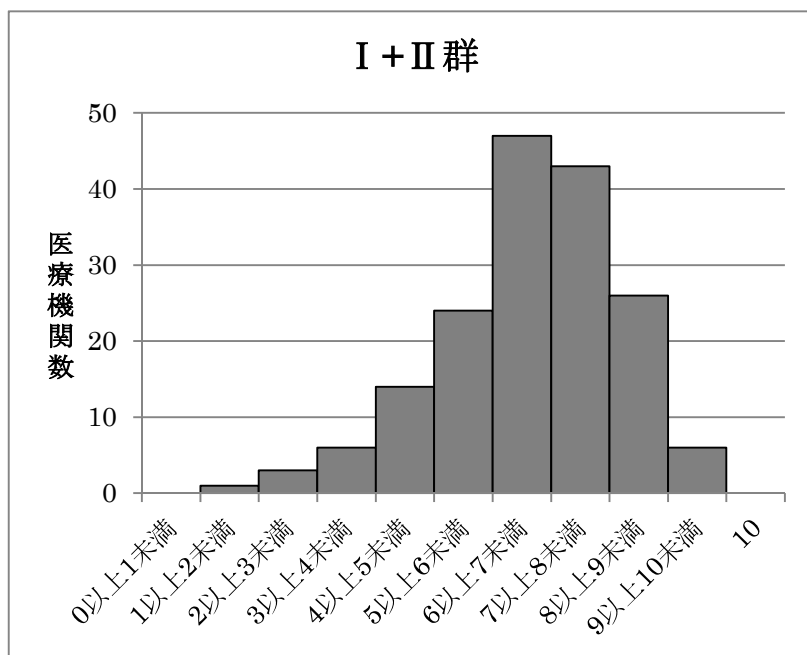


	I + II 群
75%tile 値	9.00
90%tile 値	10.00

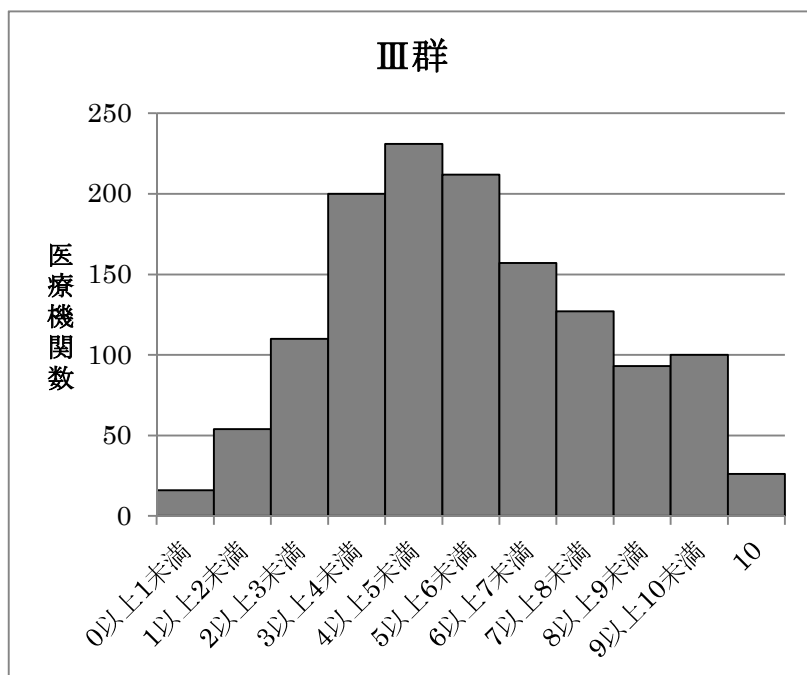


	III 群
75%tile 値	7.75
90%tile 値	9.46

【平成 25 年度の体制評価指数ポイント（上限 10 ポイント）】



	I + II 群
75%tile 値	7.53
90%tile 値	8.50



	III 群
75%tile 値	7.00
90%tile 値	8.30

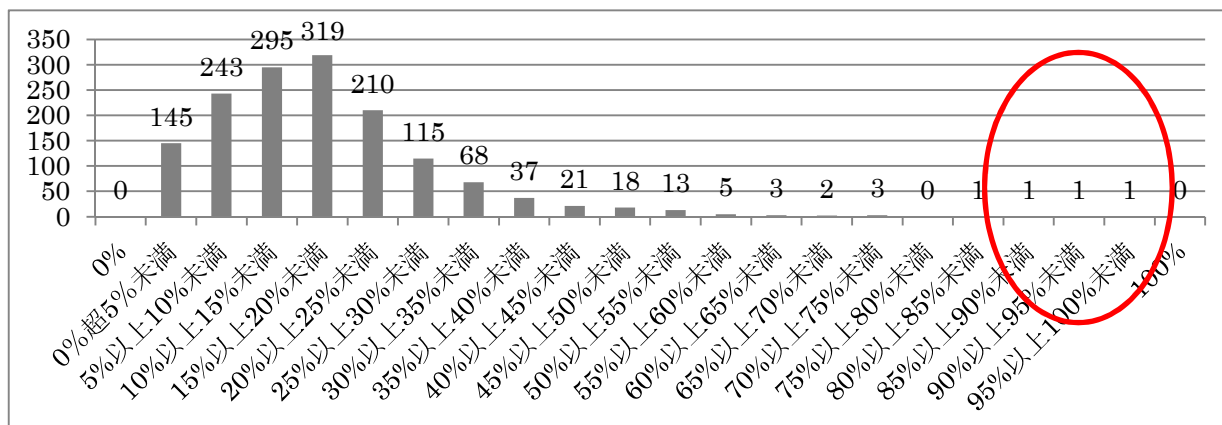
【DPC 調査様式 1（簡易診療録情報）の入力要領】

調査項目	留意事項
主傷病名	退院時サマリーの主傷病欄に記入された傷病名を入力する。
入院の契機となった傷病名	入院の契機となった傷病名を入力する。
医療資源を最も投入した傷病名	入院期間中、複数の病態が存在する場合は医療資源を最も投入した傷病名で、請求した手術等の診療行為と一致する傷病名を入力する。
医療資源を 2 番目に投入した傷病名	医療資源を 2 番目に投入した傷病名は、「入院時併存症名」もしくは「入院後発症疾患名」のいずれかに必ず入力する。
入院時併存症名（最大 4 つ）	以下に該当するものがある場合は入力すること。 <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>診断群分類点数表に定義された副傷病名</u> 2. <u>慢性腎不全</u> 3. <u>血友病・HIV 感染症</u> 4. <u>併存精神疾患</u>
入院後発症疾患名（最大 4 つ）	以下に該当するものがある場合は入力すること。 <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>診断群分類点数表に定義された副傷病名</u> 2. <u>術後合併症</u>

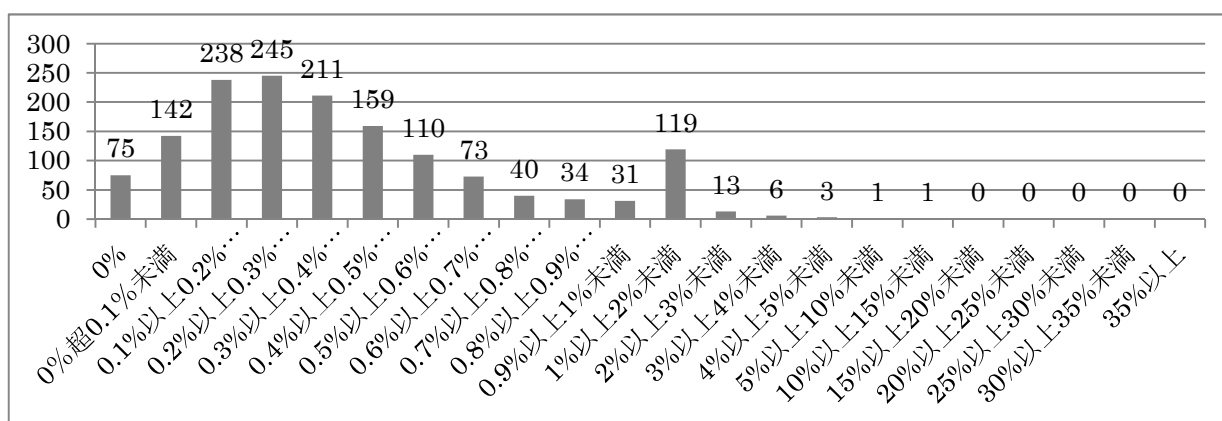
【DPC レセプトの記載要領】

記載欄	留意事項
①「傷病名」欄	医療資源を最も投入した傷病名を記載する。
②「副傷病名」欄	（診断群分類点数表に定義されている副傷病名がある場合は記載する。）
③「傷病情報」欄	・退院時処方投与の原因となった傷病のうち、その発症が診療報酬明細書の「傷病情報」欄に記載された傷病名及び該当する診断群分類と関連するものについては、傷病名を記載する必要はないものとする。
・主傷病名	医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として 1 つ記載する。
・入院の契機となった傷病名	今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を 1 つ記載する。
・医療資源を 2 番目に投入した傷病名	医療資源を 2 番目に投入した傷病名を 1 つ記載する。
・入院時併存傷病名（最大 4 つ）	出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、入院時に併存している傷病名について、重要なものから最大 4 つまで記載する。
・入院後発症傷病名（最大 4 つ）	出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、入院後に発症した傷病名について、重要なものから最大 4 つまで記載する。

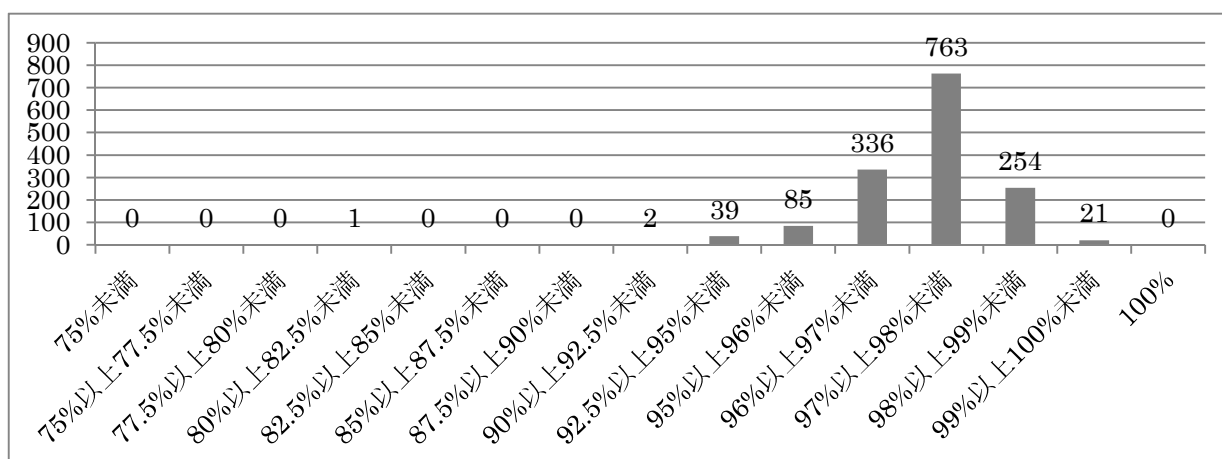
副傷病名の記載がない件数の割合の医療機関ヒストグラム



② 支払いに関係ない副傷病の記載がない件数の割合の医療機関ヒストグラム



③ 支払いに関係のない副傷病名/(支払いに関係のある副傷病名+支払いに関係のない副傷病名)の医療機関ヒストグラム



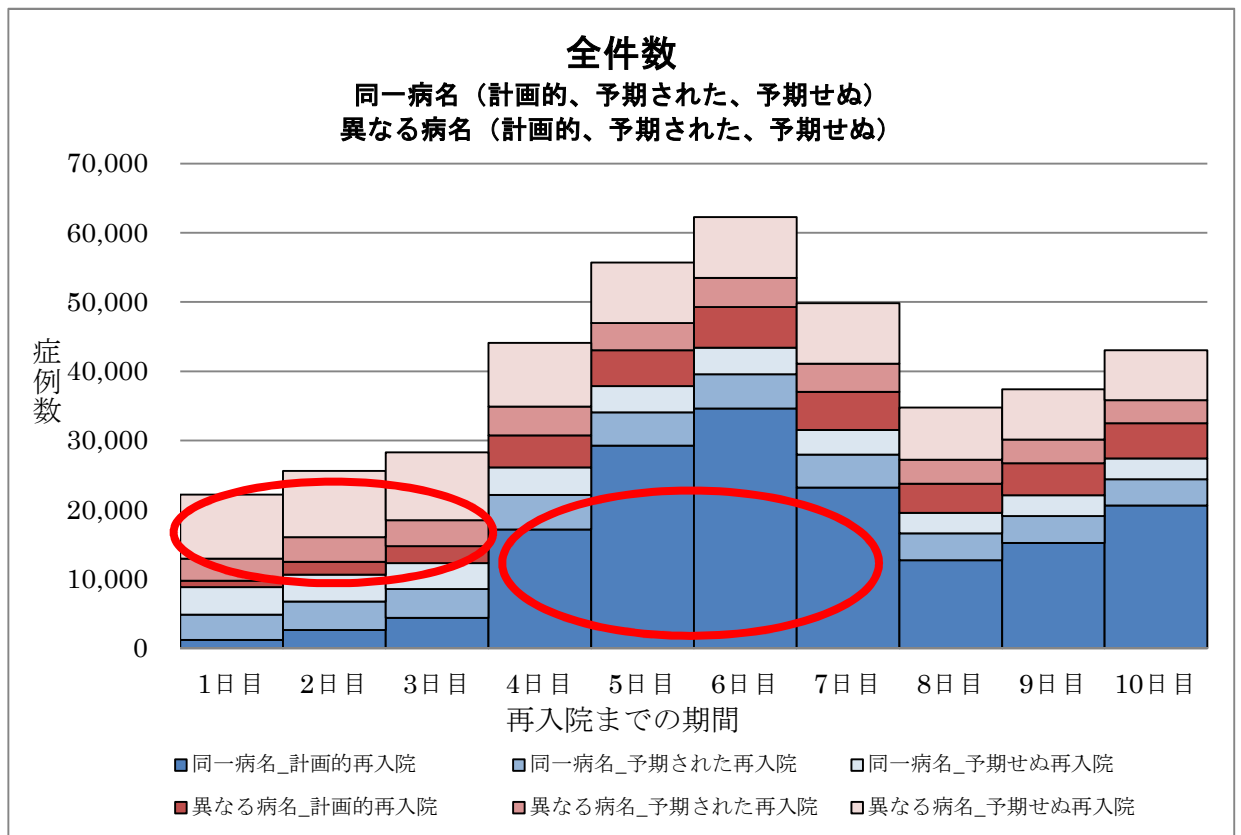
救急医療にかかる入院料等	救急医療入院 の全症例に占 める算定割合	施設基準取得 医療機関数 (全 1496 病院)
A205 救急医療管理加算	84.28%	1424
A300 救命救急入院料	6.18%	233
A301 特定集中治療室管理料	4.20%	587
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	2.44%	260
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	0.94%	87
A301-4 小児特定集中治療室管理料	0.00%	1
A302 新生児特定集中治療室管理料	0.58%	192
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	1.38%	96

算定ルール等の見直しのための参考資料

【平成 20～24 年度において再入院において前回入院と異なる病名の割合】

再入院 までの日数	H20	H21	H22	H23	H24
1	58.76%	58.42%	58.08%	59.08%	61.10%
2	55.22%	54.41%	56.13%	56.32%	58.33%
3	52.22%	53.55%	53.82%	54.28%	56.65%
4	40.41%	40.54%	41.20%	40.67%	41.14%
5	33.40%	32.17%	31.95%	32.04%	31.74%
6	29.74%	28.17%	30.09%	28.97%	29.81%
7	33.55%	34.07%	35.76%	35.39%	36.39%
8	40.34%	40.75%	41.27%	41.82%	44.01%
9	38.45%	38.65%	39.47%	38.99%	41.02%
10	34.48%	33.48%	34.90%	34.82%	36.22%
11 日以上	91.77%	91.66%	91.66%	91.57%	91.66%

【様式 1 「再入院調査」における理由の内訳】



【再入院となった症例の内訳】

	1 同一病名_計画的再入院	2 同一病名_予期された再入院	3 同一病名_予期せぬ再入院	4 異なる病名_計画的再入院	5 異なる病名_予期された再入院	6 異なる病名_予期せぬ再入院
1～3日目	10.8%	15.6%	15.4%	6.8%	13.8%	37.6%
4～7日目	49.2%	9.2%	7.2%	10.0%	7.8%	16.7%
8～14日目	52.0%	8.2%	6.3%	11.3%	7.0%	15.2%

【様式1「再入院調査」の集計結果】

1 同一病名_計画的再入院での理由内訳割合				
計画的_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため	19.56%	16.18%	15.63%
2	前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため	5.85%	4.15%	3.45%
3	計画的な化学療法のため	29.13%	45.60%	65.68%
4	計画的な放射線療法のため	3.82%	1.64%	1.19%
5	前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため	5.04%	1.98%	1.51%
6	その他	36.60%	30.45%	12.55%

2 同一病名_予期された再入院での理由内訳割合				
予期された_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期された原疾患の悪化、再発のため	80.85%	77.74%	80.56%
2	予期された原疾患の合併症発症のため	6.93%	7.18%	6.77%
3	予期された併存症の悪化のため	3.01%	3.49%	3.44%
4	患者のQOL向上のため一時帰宅したため	3.78%	5.35%	2.85%
5	その他	5.43%	6.23%	6.38%

3 同一病名_予期せぬ再入院での理由内訳割合				
予期せぬ_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期せぬ原疾患の悪化、再発のため	77.37%	73.51%	74.62%
2	予期せぬ原疾患の合併症発症のため	6.65%	7.89%	6.89%
3	予期せぬ併存症の悪化のため	4.12%	4.41%	4.35%
4	新たな他疾患発症のため	8.57%	11.11%	10.74%
5	その他	3.29%	3.08%	3.41%

4 異なる病名_計画的再入院での理由内訳割合				
計画的_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	前回入院で術前検査等を行い、今回入院で手術を行うため	27.58%	29.04%	27.90%
2	前回入院以前に手術を行い、今回入院で計画的に術後の手術・処置・検査を行うため	6.90%	7.06%	8.38%
3	計画的な化学療法のため	16.50%	25.03%	27.83%
4	計画的な放射線療法のため	1.51%	1.66%	1.54%
5	前回入院時、予定された手術・検査等が実施できなかったため	5.78%	5.37%	4.70%
6	その他	41.73%	31.84%	29.65%

5 異なる病名_予期された再入院での理由内訳割合				
予期された_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期された原疾患の悪化、再発のため	30.56%	33.59%	34.73%
2	予期された原疾患の合併症発症のため	33.18%	31.29%	27.69%
3	予期された併存症の悪化のため	22.80%	23.56%	25.84%
4	患者の QOL 向上のため一時帰宅したため	2.72%	2.84%	2.24%
5	その他	10.73%	8.73%	9.49%

6 異なる病名_予期せぬ再入院での理由内訳割合				
予期せぬ_事由	理由の種別	1～3日目	4～7日目	8～14日目
1	予期せぬ原疾患の悪化、再発のため	12.01%	13.84%	13.34%
2	予期せぬ原疾患の合併症発症のため	13.70%	13.37%	11.43%
3	予期せぬ併存症の悪化のため	10.54%	10.59%	10.87%

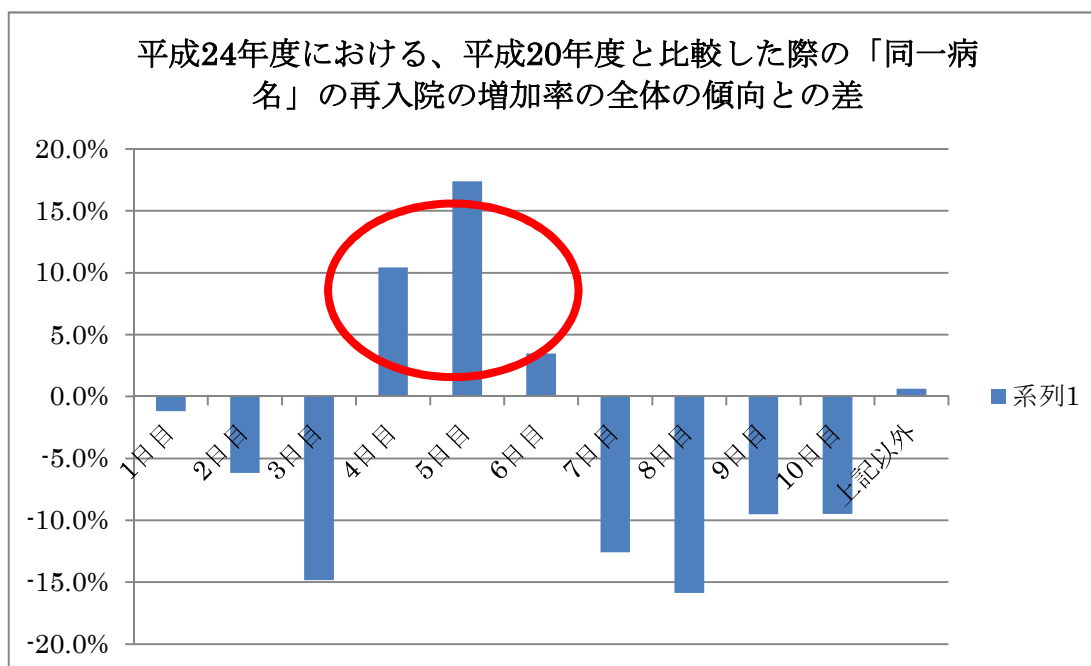
4	新たな他疾患発症のため	61.68%	60.19%	62.30%
5	その他	2.07%	2.01%	2.06%

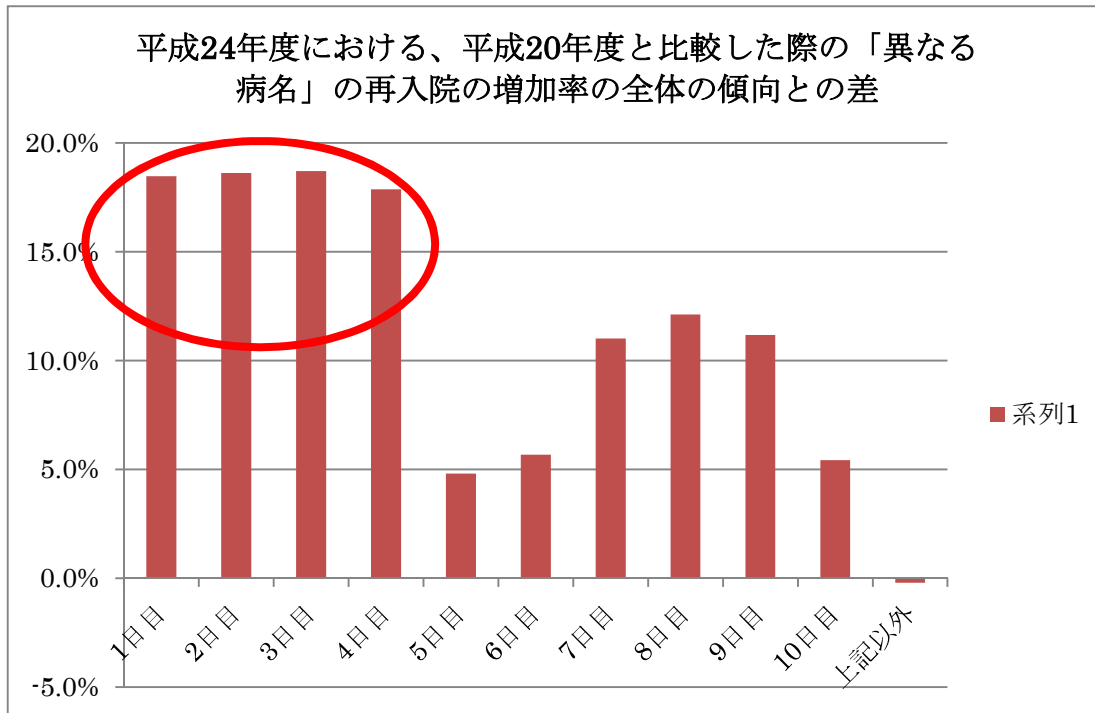
【前回入院時「医療資源病名 6 桁」と今回入院時「入院契機病名 6 桁」の一致しない症例のうち、MDC が同一（DPC 上 2 桁のコードが同一）の割合】

	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目
件数	3,991	4,468	4,836	5,806	5,843	6,216	6,228
割合	2.3%	2.6%	2.8%	3.3%	3.4%	3.6%	3.6%

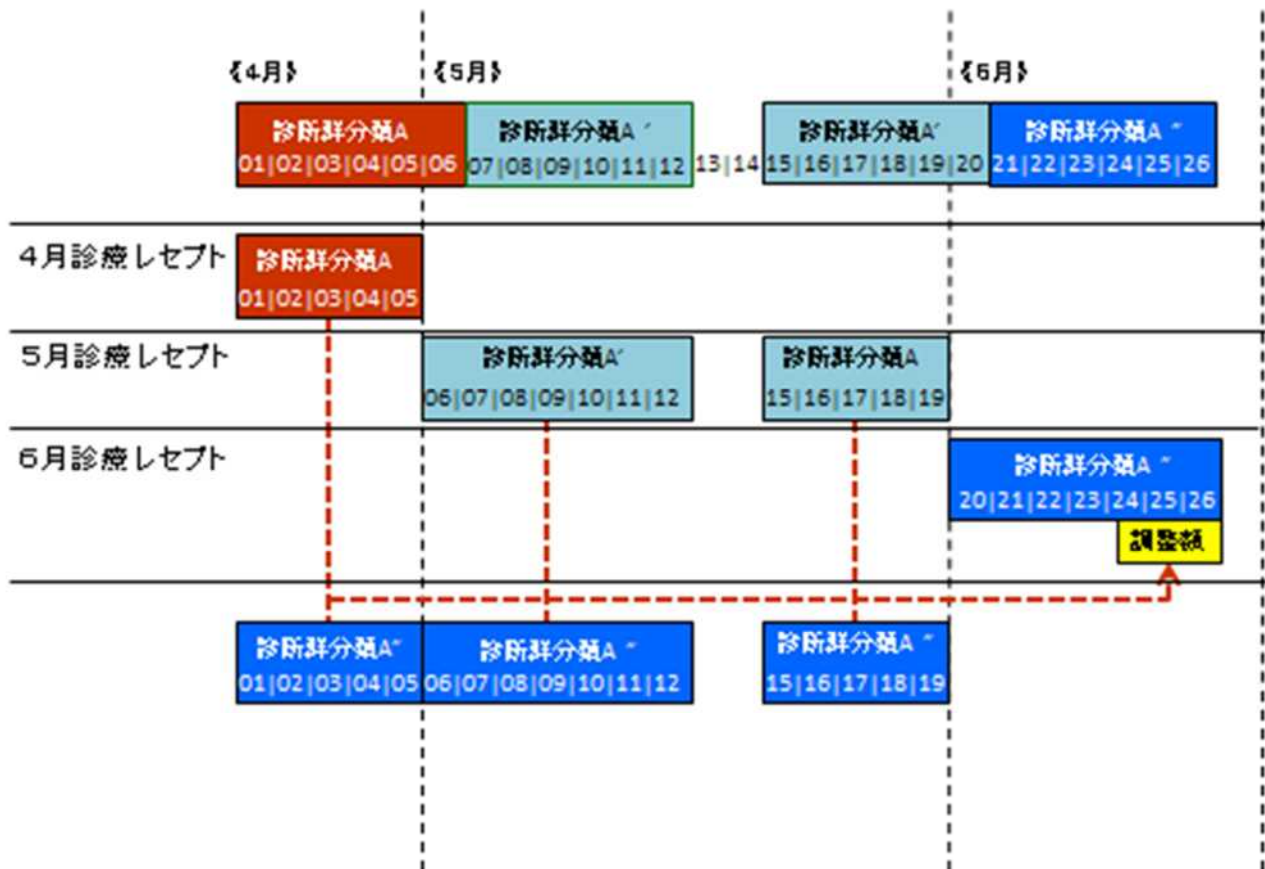
8 日目	9 日目	10 日目	11 日目	12 日目	13 日目	14 日目	15 日目以上
5,234	5,216	5,381	5,530	5,831	5,495	5,006	98,378
3.0%	3.0%	3.1%	3.2%	3.4%	3.2%	2.9%	56.7%

【平成 20 年度と比較した日数別の再入院の傾向】





【3日以内再入院ルールにおける差額調整（複数月に及ぶ入院の場合）】



【4～7日再入院件数上位DPC上6桁別】

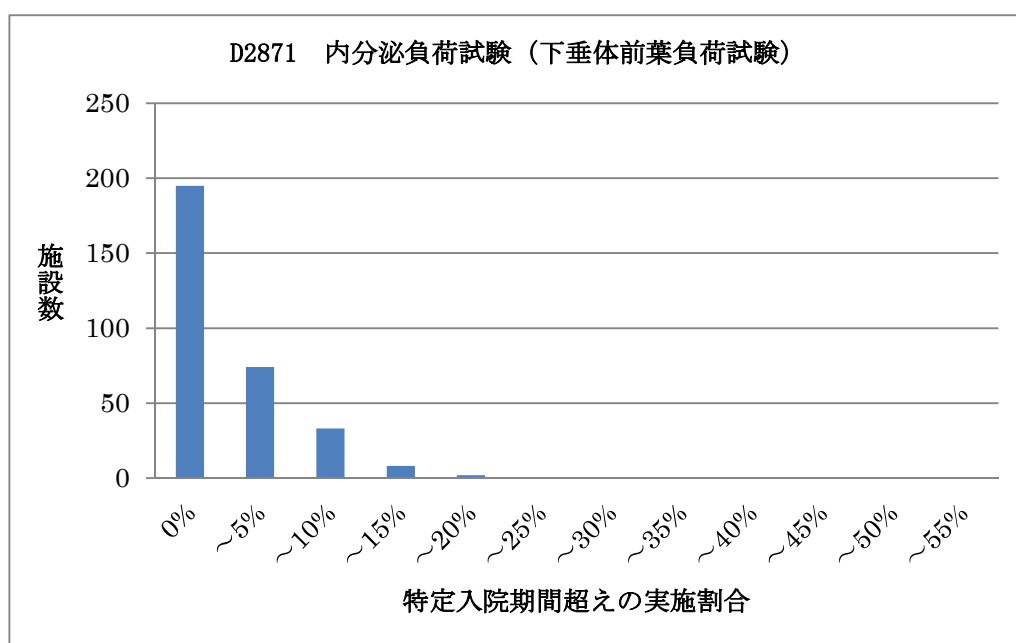
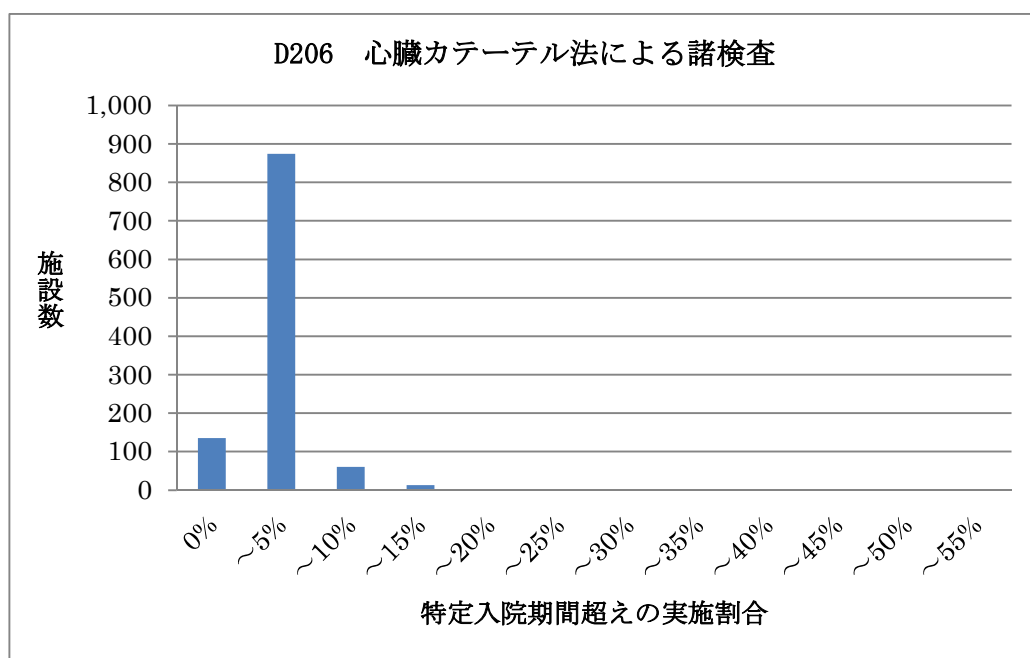
DPC6桁	DPC6桁名称	退院期間			(参考)
		1～3日	4～7日	8～14日	総件数
020110	白内障、水晶体の疾患	1,010	23,570	8,058	43,653
040040	肺の悪性腫瘍	2,524	15,297	31,797	118,312
120010	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	857	9,040	8,866	45,247
130030	非ホジキンリンパ腫	760	8,072	9,653	31,240
050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	1,173	7,443	12,439	53,028
060020	胃の悪性腫瘍	1,714	6,602	12,010	65,339
060035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	1,245	5,732	29,051	70,827
12002x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	799	5,582	6,664	40,191
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	3,324	4,328	6,055	29,245
060040	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	884	4,018	22,794	54,181
060050	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	983	3,673	7,114	31,624
130010	急性白血病	562	3,418	3,403	11,131
040081	誤嚥性肺炎	3,355	3,394	4,288	21,027
06007x	膵臓、脾臓の腫瘍	1,010	3,354	5,190	18,464
180040	手術・処置等の合併症	2,836	3,181	3,561	16,294
050130	心不全	1,643	3,084	5,570	26,256
090010	乳房の悪性腫瘍	457	3,032	3,918	21,455
060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	2,569	2,966	3,474	16,785
110280	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	1,529	2,698	4,174	19,965
060060	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	675	2,576	4,028	13,589
060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	1,589	2,522	4,041	18,639
130070	白血球疾患(その他)	652	2,251	2,493	8,788
110070	膀胱腫瘍	374	2,249	3,755	19,159
010060	脳梗塞	1,724	2,199	3,157	16,115
060010	食道の悪性腫瘍(頸部を含む。)	571	2,018	4,482	24,387
060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	835	1,941	2,912	13,223
110310	腎臓または尿路の感染症	1,514	1,938	2,697	12,185
03001x	頭頸部悪性腫瘍	340	1,873	3,599	13,039

【1～3日以内の再入院で病名が異なる症例のうち、上2桁コードに変更することによって新たに一連と見なされる病名の組み合わせのTOP20】

前回医療資源		今回入院契機		件数
DPC6 桁	DPC6 桁名称	DPC6 桁	DPC6 桁名称	
060100	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	356
120170	早産、切迫早産	120180	胎児及び胎児付属物の異常	331
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040081	誤嚥性肺炎	324
120170	早産、切迫早産	120260	分娩の異常	305
060035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	276
040040	肺の悪性腫瘍	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	189
060040	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	177
110080	前立腺の悪性腫瘍	11022x	男性生殖器疾患	168
060060	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	167
040081	誤嚥性肺炎	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	146
06007x	膵臓、脾臓の腫瘍	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	144
060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	131
040100	喘息	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	130
060020	胃の悪性腫瘍	060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	123
060020	胃の悪性腫瘍	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	111
120180	胎児及び胎児付属物の異常	120260	分娩の異常	111
040081	誤嚥性肺炎	040130	呼吸不全(その他)	110
060335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	106
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040130	呼吸不全(その他)	101
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040100	喘息	98

【特定入院期間内に実施されず、特定入院期間を超えてから初めて実施される症例に関する集計】

点数表コード	検査種別	特定入院期間を超えてから初めて検査が実施される症例のうち、当該検査が実施される症例に占める割合
D206	心臓カテーテル検査	1.3%
D287	内分泌負荷試験 全体	2.0%



出典：平成 25 年度調査実施説明資料より

様式 1

大項目	必須条件等有	小項目	内容 (入力様式等)
1. 病院属性等	○	(1) 施設コード	都道府県番号 (2 桁) + 医療機関コード (7 桁) 例 011234567 ※前ゼロ必須
	○	(2) 診療科コード	「医療資源を最も投入した傷病名」を診療した科のコードを記入 ※前ゼロ必須
	○	(3) 統括診療情報番号	1 入院サマリは 0。転棟の度に 1、2、3 とする、同一疾患での 3 日以内の再入院は A とする。
2. データ属性等	○	(1) データ識別番号	0~9 からなる 10 桁の数字 例 0123456789 ※前ゼロ必須
	○	(2) 性別	1. 男 2. 女
	○	(3) 生年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 1970 年 5 月 1 日→19700501
	○	(4) 患者住所地域の郵便番号	0~9 からなる 7 桁の数字 例 〒100-8916→1008916 ※前ゼロ必須
3. 入退院情報	○	(1) 入院中の主な診療目的	1. 診断・検査のみ 2. 教育入院 3. 計画された短期入院の繰り返し (化学療法、放射線療法、抜釘) 4. その他の加療
	○	(2) 治験実施の有無	0. 無 1. 有
	○	(3) 入院年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 4 月 1 日→20130401
	○	(4) 退院年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 4 月 1 日→20130401
	○	(5) 転科の有無	0. 無 1. 有
	○	(6) 入院経路	1. 院内出生 2. 一般入院 3. その他病棟からの転棟
	※1	(7) 他院よりの紹介の有無	0. 無 1. 有
	※1	(8) 自院の外来からの入院	0. 無 1. 有
	※1	(9) 予定・救急医療入院	入力要領を参照
	※1	(10) 救急車による搬送の有無	0. 無 1. 有

○：必須 ▲：ある場合必須

※1：3(6)入院経路が 2. 一般入院の場合のみ入力する

大項目	必須条件等有	小項目	内容 (入力様式等)
3. 入退院情報	○	(11) 退院先	1. 外来 (自院) 2. 外来 (他院) 4. 転院 5. 終了 6. その他病棟への転棟 7. 介護施設 9. その他 0. 不明
	○	(12) 退院時転帰	入力要領を参照

	○	(13) 24 時間以内の死亡の有無	0. 入院後 24 時間以内の死亡無し 1. 入院後 24 時間以内の死亡有り 2. 救急患者として搬送され、入院前に処置室、手術室等で死亡有り
	○	(14) 前回退院年月日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
	○	(15) 前回同一疾病で自院入院の有無	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
	○	(16) 調査対象となる一般病棟への入院の有無	入力要領を参照
	○	(17) 調査対象となる精神病棟への入院の有無	入力要領を参照
	○	(18) その他の病棟への入院の有無	入力要領を参照
	○	(19) 様式 1 開始日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
	○	(20) 様式 1 終了日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 6 月 1 日→20130601
4. 診断情報	○	(1) 主傷病名	退院時サマリの主傷病欄に記入された傷病名
	○	(2) ICD10 コード	4(1)主傷病に対する ICD10
	○	(3) 入院の契機となった傷病名	入院の契機となった傷病名
	○	(4) ICD10 コード	4(3)入院の契機となった傷病名に対する ICD10
	○	(5) 医療資源を最も投入した傷病名	医療資源を最も投入した傷病名でレセプトと請求した手術等の診療行為と一致する傷病名
	○	(6) ICD10 コード	4(5)医療資源を最も投入した傷病名に対する ICD10
	▲	(7) 医療資源を 2 番目に投入した傷病名	医療資源を 2 番目に投入した傷病名
	▲	(8) ICD10 コード	4(7)医療資源を 2 番目に投入した傷病名に対する ICD10
	▲	(9) 入院時併存症名 1	入院時点で既に存在していた傷病名
	▲	(10) ICD10 コード	4(9)入院時併存症名 1 に対する ICD10
	▲	(11) 入院時併存症名 2	入院時点で既に存在していた傷病名
	▲	(12) ICD10 コード	4(11)入院時併存症名 2 に対する ICD10
	▲	(13) 入院時併存症名 3	入院時点で既に存在していた傷病名
	▲	(14) ICD10 コード	4(13)入院時併存症名 3 に対する ICD10

○：必須 ▲：ある場合必須

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

4. 診断情報	▲	(15) 入院時併存症名 4	入院時点で既に存在していた傷病名
	▲	(16) ICD10 コード	4(15)入院時併存症名 4 に対する ICD10
	▲	(17) 入院後発症疾患名 1	入院中に発生した傷病名

	▲	(18) ICD10 コード	4(17)入院後発症疾患名1に対するICD10
	▲	(19) 入院後発症疾患2	入院中に発生した傷病名
	▲	(20) ICD10 コード	4(19)入院後発症疾患名2に対するICD10
	▲	(21) 入院後発症疾患名3	入院中に発生した傷病名
	▲	(22) ICD10 コード	4(21)入院後発症疾患名3に対するICD10
	▲	(23) 入院後発症疾患名4	入院中に発生した傷病名
	▲	(24) ICD10 コード	4(23)入院後発症疾患名4に対するICD10
5. 手術情報	▲	(1) 手術名1	名称
	▲	(2) 空欄	空欄
	▲	(3) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(4) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(5) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(6) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYYMDD 例 2013年7月1日→20130701
	▲	(7) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊椎麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無
	▲	(8) 手術名2	名称
	▲	(9) 空欄	空欄
	▲	(10) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(11) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(12) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(13) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYYMDD 例 2013年7月1日→20130701
	▲	(14) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊椎麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無
	▲	(15) 手術名3	名称
	▲	(16) 空欄	空欄
	▲	(17) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(18) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(19) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(20) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYYMDD 例 2013年7月1日→20130701
	▲	(21) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊椎麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無
	▲	(22) 手術名4	名称
	▲	(23) 空欄	空欄

○：必須 ▲：ある場合必須

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

5. 手術情報	▲	(24) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(25) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(26) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(27) 手術日	0~9からなる8桁の数字 YYYYYMDD 例 2013年7月1日→20130701

	▲	(28) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊椎麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無
	▲	(29) 手術名 5	名称
	▲	(30) 空欄	空欄
	▲	(31) 点数表コード	医科診療報酬点数表における手術料に関わるコード
	▲	(32) 手術回数	1. 初回 2. 再手術
	▲	(33) 手術側数	1. 右側 2. 左側 3. 左右
	▲	(34) 手術日	0~9 からなる 8 桁の数字 YYYYMMDD 例 2013 年 7 月 1 日→20130701
	▲	(35) 麻酔	1. 全身麻酔 2. 硬膜外麻酔 3. 脊椎麻酔 4. 静脈麻酔 5. 局所麻酔 6. 全麻+硬膜外 7. その他 9. 無
6. 診療情報	○	(1) 現在の妊娠の有無	0. 無 1. 有 2. 不明
	※2	(2) 出生時体重	グラム単位入力 例 3000
	※2	(3) 出生時妊娠週数	0~9 からなる 2 桁の数字
	○	(4) 身長	センチメートル単位入力 例 156
	○	(5) 体重	キログラム単位入力 (小数点第一位まで) 例 52.5, 53.0
	○	(6) 喫煙指数	喫煙指数=1 日の喫煙本数×喫煙年数
	○	(7) 入院時意識障害がある場合の JCS	0. 無 1. 有 (1~300) R. 不穏 I. 糞尿失禁 A. 自発性喪失 例 意識レベル 3 で自発性喪失の場合は「3A」と記録
	※3	(8) 退院時意識障害がある場合の JCS	0. 無 1. 有 (1~300) R. 不穏 I. 糞尿失禁 A. 自発性喪失 例 意識レベル 3 で自発性喪失の場合は「3A」と記録
	○	(9) 入院時の ADL スコア	10 項目の評価視点について数字 10 桁で記入 例 1211111100
	※3	(10) 退院時の ADL スコア	10 項目の評価視点について数字 10 桁で記入 例 1211111100
	※4	(11) がんの初発、再発	0. 初発 1. 再発
	※5	(12) UICC 病期分類(T)	入力要領を参照
	※5	(13) UICC 病期分類(N)	入力要領を参照
	※5	(14) UICC 病期分類(M)	入力要領を参照

○：必須 ▲：ある場合は必須

※2：新生児疾患の場合は入力する

※3：死亡退院以外の場合は入力する

※4：医療資源を最も投入した傷病名が悪性腫瘍に該当する場合は入力する

※5：(11)が初発で有る場合は入力する。但し造血器腫瘍、副腎及び脳腫瘍を除く

大項目	必須条件等有	小項目	内容（入力様式等）
-----	--------	-----	-----------

6. 診療情報	※6	(15) 癌取り扱い規約に基づくがんのStage分類	入力要領を参照
	※7	(16) 発症前 Rankin Scale	入力要領を参照
	※7	(17) 退院時 modified Rankin Scale	入力要領を参照
	※8	(18) 脳卒中中の発症時期	入力要領を参照
	※9	(19) Hugh-Jones 分類	入力要領を参照
	※10	(20) 心不全のNYHA心機能分類	1. レベルⅠ 2. レベルⅡ 3. レベルⅢ 4. レベルⅣ
	※11	(21) 狭心症、慢性虚血性心疾患（050050）における入院時の重症度：CCS分類 入院時における重症度	入力要領を参照
	※12	(22) 急性心筋梗塞（050030、050040）における入院時の重症度：Killip分類入院時における重症度	入力要領を参照
	※13	(23) 肺炎の重症度分類	入力要領を参照
	※14	(24) 肝硬変のChild-Pugh分類	Bil=1、Alb=2、腹水=1、脳症=3、PT=2の場合は”12132”と記入
	※15	(25) 急性膵炎の重症度分類	入力要領を参照

○：必須 ▲：ある場合は必須

※6：(11)が初発で有る場合は入力する。但し消化器系癌*、骨腫瘍、悪性リンパ腫、副腎に限る。*食道癌、大腸癌、肝癌、胆道癌、膵臓癌を指す

※7：入院契機病名が010020、010040～010070に定義される傷病名の場合は入力する

※8：医療資源を最も投入した傷病名が010020、010040～010070に定義される傷病名の場合は入力する

※9：医療資源を最も投入した傷病名がMDC04に定義される傷病名の場合（6歳未満の小児で分類不能な場合は除く）は入力する

※10：主傷病名あるいは医療資源を最も投入した傷病名、医療資源を2番目に投入した傷病名のいずれかが心不全に関係するICD10を入力した場合に入力する

※11：医療資源を最も投入した傷病名が050050に定義される傷病名の場合は入力する

※12：医療資源を最も投入した傷病名が050030、050040に定義される傷病名の場合は入力する

※13：15歳以上で、医療資源を最も投入した傷病名が040070、040080に定義される傷病名の場合は入力する

※14：4.診断情報で入力した傷病名のいずれかが060300に定義される傷病名の場合は入力する

※15：医療資源を最も投入した傷病名が060350に定義される傷病名の場合は入力する

大項目	必須条件	小項目	内容（入力様式等）
-----	------	-----	-----------

	等有		
--	----	--	--

6. 診療情報	※16	(26) Burn index	0～100の数字
	▲	(27) その他の重症度分類・名称	空欄
	▲	(28) その他の重症度分類・分類番号または記号	空欄
	※17	(29) 入院時の妊娠週数	2桁の数字
	※18	(30) 精神保健福祉法における入院形態	1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 応急入院
	※18	(31) 精神保健福祉法に基づく隔離日数	日数を記入(単位 日)
	※18	(32) 精神保健福祉法に基づく身体拘束日数	日数を記入(単位 日)
	※18	(33) 入院時 GAF 尺度	入力要領を参照
	※19	(34) 病名付加コード	入力要領を参照
	○	(35) 化学療法の有無	0. 無 1. 有(経口) 2. 有(経静脈又は経動脈) 3. 有(その他)
	※20	(36) テモゾロミド(初回治療)の有無	0. 無 1. 有
	※21	(37) 入院周辺の分娩の有無	1. 入院前1週間以内に分娩あり 2. 入院中に分娩あり 3. その他
	※22	(38) 分娩時出血量	分娩時出血量をミリリットル単位で記入
※5	(39) UICC 病期分類(版)	6. 第6版 7. 第7版	
7. 再入院調査	※23	(1)再入院種別	1. 計画的再入院 2. 予期された再入院 3. 予期せぬ再入院
	※23	(2)理由の種別	入力要領を参照
	※24	(3)自由記載欄	
8. 再転棟調査	※25	(1)再転棟種別	1. 計画的再転棟 2. 予期された再転棟 3. 予期せぬ再転棟
	※25	(2)理由の種別	入力要領を参照
	※26	(3)自由記載欄	

○：必須 ▲：ある場合は必須

※16：4. 診断情報で入力した傷病名のいずれかが161000に定義される場合入力。ない場合は空欄(Null)とする

※17：6. (1)現在の妊娠の有無が有の場合必須

※18：医療資源を最も投入した傷病名がMDC17及び01021xに定義される傷病名の場合又は精神病床への入院がある場合は入力する

※19：医療資源を最も投入した傷病名が、C340、C341、C342、C343、C348、C349、C445、C493、C73、C783、C788、C792、C795、C798、C859、D139、D180、D181、D213、D360、D361、D367、D376、D377、D481、D485、I50、S364、S368、S378に定義される傷病名の場合は入力する

※20：医療資源を最も投入した傷病名が010010に定義される傷病名の場合は入力する

※21：医療資源を最も投入した傷病名が120130、120140、120160、120170、120180、120200、120210、120260、120270に定義される傷病名の場合は入力する

※22：(37)入院周辺の分娩の有無が“1”、“2”の場合入力する

※23：前回退院年月日より6週間以内の再入院の場合に入力する

※24：7. (2)理由の種別が“その他”の場合に入力する(全角100文字以内)

※25：1入院内でDPC算定病棟からDPC算定病棟以外へ転棟しており、その後DPC算定病棟へ再転棟した場合に入力する

※26：8. (2)理由の種別が“その他”の場合に入力する(全角100文字以内)

様式 3

様式3は「施設調査票」であり、医療機関別の病床数、入院基本料等加算の算定状況等・地域医療指数における指定状況等を把握するために必要なデータである。

1. 入力方法

- * 様式3は入力データフォーマットであるエクセルファイルを後日厚生労働省から配布する。
- * 様式3は電子媒体での提出を基本とするので、「記憶媒体」、「ファイル」についても、要領に従って提出すること。

(1) 届出病床数

各月1日における「届出病床数」及び「入院基本料等加算」の算定状況を、エクセルの記載要領に従って記載。「届出病床数」は、保険診療として**地方厚生（支）局**に届けられた病床数であって、医療法の許可病床数とは異なる。

- ※1 病床総数：医療保険届出病床数＋介護保険届出病床数＋その他病床数の合計
- ※2 医療保険総数：医療保険届出病床数の総計
- ※3 介護保険総数：届出病床数のうち、老人性痴呆疾患療養病棟を除いたもの
- ※4 その他病床数：健診ベッド等※2、※3に含まれない病床数

(2) 入院基本料加算

算定が可能な場合は「○」、不可の場合は「×」を入力する。算定実績がなくても算定が可能であった場合は「○」とする。

(3) 開設者コード

該当するコードを入力する。

コード	類型	説明
1	国立（独立行政法人含む）	独立行政法人国立病院機構、国立大学法人及び独立行政法人労働者健康福祉機構が開設する病院、国立病院（ナショナルセンター）、通信病院、その他の独立行政法人
2	公立	都道府県立、市町村立病院
3	公的	日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会
4	社会保険関係	社会保険関係、全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、国民健康保険組合
5	医療法人	医療法人
6	個人	個人
7	その他の法人	公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協会社、1～6に該当しない法人

様式3-1		=入力必要箇所											
施設コード:													
施設名:													
調査年月:		25年	25年	25年	25年	25年	25年	25年	25年	25年	26年	26年	26年
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
		1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日	1日
届出病床数を記入して下さい。													
届出入院料 種別		届出病床数											
病床総数	※1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医療保険	総数 ※2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
介護保険	総数 ※3												
その他病床数		うち老人性認知症疾患療養病床を除く介護療養(再掲)											
※4													
A100 一般病棟入院基本料													
1 7対1入院基本料													
7対1入院基本料(経過措置)													
7対1特別入院基本料													
2 10対1入院基本料													
10対1特別入院基本料													
3 13対1入院基本料													
4 15対1入院基本料													
A101 療養病棟入院基本料													
1 療養病棟入院基本料1													
2 療養病棟入院基本料2													
A102 結核病棟入院基本料													
1 7対1入院基本料													
7対1特別入院基本料													
2 10対1入院基本料													
10対1特別入院基本料													
3 13対1入院基本料													
4 15対1入院基本料													
5 18対1入院基本料													
6 20対1入院基本料													
A103 精神病棟入院基本料													
1 10対1入院基本料													
10対1特別入院基本料													
2 13対1入院基本料													
3 15対1入院基本料													
4 18対1入院基本料													
5 20対1入院基本料													
A104 特定機能病院入院基本料													
1 一般病棟の場合													
イ 7対1入院基本料													
7対1入院基本料(経過措置)													
ロ 10対1入院基本料													
2 結核病棟の場合													
イ 7対1入院基本料													
ロ 10対1入院基本料													
ハ 13対1入院基本料													
ニ 15対1入院基本料													
3 精神病棟の場合													
イ 7対1入院基本料													
ロ 10対1入院基本料													
ハ 13対1入院基本料													
ニ 15対1入院基本料													
A105 専門病院入院基本料													
1 7対1入院基本料													
7対1入院基本料(経過措置)													
2 10対1入院基本料													
3 13対1入院基本料													
A106 障害者施設等入院基本料													
1 7対1入院基本料													
2 10対1入院基本料													
3 13対1入院基本料													
4 15対1入院基本料													
A300 救命救急入院料													
1 救命救急入院料1													
2 救命救急入院料2													
3 救命救急入院料3													
4 救命救急入院料4													
充実段階A加算													
充実段階B加算													
高度医療体制加算													
小児加算(救命救急入院料)													

A300救命救急入院料の加算は「○」か「×」を入力のこと。

様式3-2

 =入力必要箇所

施設コード: 開表者コード:

施設名:

調査年月:	25年 4月 1日	25年 5月 1日	25年 6月 1日	25年 7月 1日	25年 8月 1日	25年 9月 1日	25年 10月 1日	25年 11月 1日	25年 12月 1日	26年 1月 1日	26年 2月 1日	26年 3月 1日
-------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	------------------	------------------	------------------	-----------------	-----------------	-----------------

算定している入院基本料加算等に該当する場合は「○」を該当しない場合は「×」を選択して下さい。

入院基本料加算等	算定状況											
A200 総合入院体制加算(1日につき)												
A204 地域医療支援病院入院診療加算(入院初日)												
A204-2 臨床研修病院入院診療加算(入院初日)												
1 基幹型												
2 協力型												
A205 救急医療管理加算(1日につき)												
A205-2 超急性期脳卒中加算(入院初日)												
A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算(入院初日)												
A206 在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)												
1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所(区分番号B004に掲げる通院時共同指導科1に規定する在宅療養支援診療所をいう。)又は在宅療養支援病院(区分番号C000に掲げる住診科の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。)(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合												
2 連携医療機関である場合(1の場合を除く。)												
3 1及び2以外の場合												
A207 診療経管理体制加算(入院初日)												
A207-2 医師事務作業補助体制加算(入院初日)												
1 15対1補助体制加算												
2 20対1補助体制加算												
3 25対1補助体制加算												
4 30対1補助体制加算												
5 40対1補助体制加算												
6 50対1補助体制加算												
7 75対1補助体制加算												
8 100対1補助体制加算												
A207-3 急性期看護補助体制加算(1日につき)												
1 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)												
2 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)												
3 50対1急性期看護補助体制加算												
4 75対1急性期看護補助体制加算												
夜間50対1急性期看護補助体制加算												
夜間100対1急性期看護補助体制加算												
看護職員夜間配置加算												
A208 乳幼児加算・幼児加算(1日につき)												
1 乳幼児加算												
イ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合を除く)												
ロ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合に限る)												
2 幼児加算												
イ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合を除く)												
ロ 病院の場合(特別入院基本料等を算定する場合に限る)												
A210 難病等特別入院診療加算(1日につき)												
1 難病患者等入院診療加算												
2 二類感染症患者入院診療加算												
A211 特殊疾患入院施設管理加算(1日につき)												
A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(1日につき)												
1 超重症児(者)入院診療加算												
イ 6歳未満の場合												
ロ 6歳以上の場合												
2 準超重症児(者)入院診療加算												
イ 6歳未満の場合												
ロ 6歳以上の場合												
A213 看護配置加算(1日につき)												
注: A213は一般病棟入院基本料15対1を算定している場合に限る。												
A214 看護補助加算(1日につき)												
1 看護補助加算1												
2 看護補助加算2												
3 看護補助加算3												
A218 地域加算(1日につき)												
1 1級地												
2 2級地												
3 3級地												
4 4級地												
5 5級地												
6 6級地												
A218-2 離島加算(1日につき)												
A219 療養環境加算(1日につき)												
A220 HIV感染者療養環境特別加算(1日につき)												
1 個室の場合												
2 2人部屋の 경우												

様式3-3

 =入力必須箇所

施設コード:

施設名:

「地域医療への貢献に係る評価」

評価項目	評価要件	施設基準取得日
1 脳卒中地域連携	地域連携診療計画管理料(脳卒中に限る)	
	地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)(脳卒中に限る)	
	地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)(脳卒中に限る)	
2 がん地域連携	がん治療連携計画策定料	
	がん治療連携指導料	
4 救急医療	① 医療計画上で定められている二次救急医療機関であって、病院群輪番制への参加施設である。	指定日
	② 医療計画上で定められている二次救急医療機関であって、共同利用型の施設である。	
	③ 救命救急センターである。	
5 災害時における医療	① 災害拠点病院の指定を受けている。	指定日/研修終了日
	② 災害派遣医療チーム(DMAT)にかかる指定を受けている。	
	日本DMATの研修終了日	
6 へき地の医療	① へき地医療拠点病院の指定を受けている。	指定日等
	② 社会医療法人許可におけるへき地医療の要件を満たしている。	
7 周産期医療	① 総合周産期母子医療センターの指定を受けている。	指定日/認定日
	② 地域周産期母子医療センターの認定を受けている。	
8 がん診療連携拠点病院	① 都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受けている。	指定日/認定日
	② 地域がん診療連携病院の指定を受けている。	
	③ 都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定を受けている。	
9 24時間IPAI体制	超急性期脳卒中加算	施設基準取得日
10 EMIS(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)へ参加している。	参加日

入力方法

(1)施設コード

「様式3-1」シートに入力のこと。

(2)黄色の欄を入力のこと。該当しない場合は必ず「×」を入力のこと。空白(Null)不可。

(3)1. 脳卒中地域連携

(4)2. がん地域連携

(5)9. 24時間IPAI体制

施設基準の算定開始時期を記載すること。

施設基準を取得していない場合は、「×」を記載すること。

(6)4. 救急医療

①②のいずれも、「救急医療対策実施要綱」(昭和52年7月6日医政第692号)の要件を満たす病院に限る。

(7)5. 災害時における医療

①については、「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年9月21日医政発0321第2号)の別添「災害拠点病院の指定要件」を満たす病院に限る。

②については、医療計画における5 疾病・5 事業及び在宅医療の体制構築に係る指針「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成24年9月30日厚生労働省医政局指導課長通知)の要件を満たす病院に限る。③に該当する場合は、都道府県にDMAT指定医療機関として指定された日及び、日本DMATの研修終了日を記載すること。

(8)6. へき地の医療

①については、「へき地保健医療対策実施要綱」(平成13年5月16日医政発第529号)に基づき、都道府県により指定された病院に限る。

②については、「社会医療法人の認定について」(平成20年9月9日医政発第031008号)の別添1の規定される要件を満たす病院に限る。

(9)7. 周産期医療

①②のいずれも、「周産期医療の確保について」(平成22年1月26日厚生労働省医政局長通知医政発0126第1号)別添2「周産期医療体制整備指針」に基づき、都道府県により指定又は認定された病院に限る。

(10)8. がん診療連携拠点病院

①②については、「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成20年3月1日健発第0301001号)に基づき、厚生労働大臣が指定した病院に限る。

③については、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に限る。

(11)10. EMIS(広域災害・救急医療情報システム)

厚生労働省が運営する広域災害救急医療情報システム(<http://www.wds.emis.go.jp>)へ参加している病院に限る。

※都道府県が運営する救急医療情報システムのみに参加している場合は、「×」を記載すること。

(注)医療計画上の位置付けが不明な医療機関は、各都道府県の医療計画担当部局へ確認すること。

(注)提出するデータに関しては、不備を最小限にするとともに、事務局等からの照会に対応する体制を整えておくこと。

様式 4

分娩など他の支払方法に基づいた診療との併用や、歯科診療との組み合わせ等がある入院症例の場合に、在院日数や診療報酬などが特異値となってしまうことが考えられる。

様式4としてこのような症例を識別するデータを収集することにより、より精度の高いデータ収集を図り、分析精度を高めることを目的とする。

なお、様式4は、下記要領に従って提出すること。

【ファイルレイアウト例】

施設コード	データ識別番号	入院年月日	退院年月日	医療保険外との組合せ
010000001	0000001256	20130405	20130706	1
010000001	0000005438	20130412	20130704	2
010000001	0000004524	20130507	20130714	1
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

1. 調査対象

すべての退院症例（自費のみの症例を含む。）が原則として対象となる。

入院を通してどのような支払いがなされたのかの実績について、退院時点での確定情報で、データを作成する。

2. 入力方法

すべて半角数字でデータを入力すること。

施設コード	9桁の半角数字（都道府県番号＋医療機関コード）		
データ識別番号	10桁の半角数字（満たない場合は前ゼロ追加）		
入院年月日	yyyymmdd		
退院年月日	yyyymmdd		
医療保険外との組合せ	該当するものを下記のコードにより入力		
	コード	区 分	内 容
	1	医科レセプトのみ	医科レセプトのみの場合、市販後調査、保険優先公費と医科レセプトの併用
	2	歯科レセプトあり	歯科レセプトのみ、医科レセプトと歯科レセプトの併用
	3	保険請求なし	100%企業負担の治験、学用100%、他制度（公害レセ、労災レセ、自賠償）のみ。正常分娩、人間ドック等の自費のみ
	4	保険と他制度の併用	公害レセ、労災レセ、自賠償と医科レセプトの組み合わせ療養費のうち、治験、先進医療
	5	その他	臓器提供者等、上記"1"～"4"以外の症例

Dファイル

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	説 明
D-1	○	施設コード	9	9	必須	都道府県番号+医療機関コード 間には区切りを入れない。
D-2	○	データ識別番号	10	19	必須	複数回入退院しても共通の番号。様式1と一致する。
D-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101。未確定時は00000000
D-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		(共通) yyyymmdd 1996年1月1日の場合、19960101
D-5	○	データ区分	2	37	必須	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる(※)
D-6	○	順序番号	4	41	必須	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
D-7	○	病院点数マスタコード	12	53		12桁ない場合は、左詰め。
D-8	○	レセプト電算処理システム用コード	9	62		レセプト電算処理システム用コード無い場合、材料777770000とする。
D-9	▲	解釈番号(基本)	8	70		診療報酬点数上の解釈番号 K600等
D-10	○	診療行為名称	254	324		診療行為の名称(最大漢字127文字)。満たない場合は、左詰め。
D-11	○	行為点数	8	332	必須	診療行為(剤単位)での点数計
D-12	○	行為薬剤料	8	340	必須	診療行為内の薬剤点数計(再掲)。
D-13	○	行為材料料	8	348	必須	診療行為内の材料点数計(再掲)。
D-14	○	円・点区分	1	349		1:円単位 0:点単位
D-15	○	行為回数	3	352	必須	診療行為の実施回数(同日の同一行為は1とカウント)
D-16	○	保険者番号	8	360		コードが4桁あるいは6桁の場合は、前に各々4桁、2桁のスペースを挿入。
D-17	△	レセプト種別コード	4	364		レセプト種別コード(医科)。1111~1999
D-18	○	実施年月日	8	372		yyymmdd(西暦年4桁)1996年1月1日の場合、19960101
D-19	○	レセプト科区分	2	374	必須	レセプト電算処理システムの診療科区分を入力。
D-20	○	診療科区分	3	377	必須	医師の所属する診療科。厚生労働省様式のコードを使用。
D-21	△	医師コード	10	387		病院独自コード。左詰め。
D-22	△	病棟コード	10	397		病院独自コード。但し、一般、一般以外の区別が可能なこと。左詰め。
D-23	○	病棟区分	1	398		1:一般以外 0:一般 2:入院中の外来診療
D-24	○	入外区分	1	399		1:外来 0:入院
D-25	○	施設タイプ	3	402		データ挿入不用。タブでフィールドのみ作成。
D-26	◎	算定開始日	8	410		DPC適用開始日
D-27	◎	算定終了日	8	418		DPC適用終了日
D-28	◎	算定起算日	8	426		算定起算日
D-29	◎	分類番号	14	440		DPCコード(14桁)
D-30	◎	医療機関係数	6	446		診療年月に対応する医療機関調整係数 例) 1.1234(小数点も1桁として設定)

○: 必須 △: 出来高の時必須 ◎: DPC 包括算定期間のみ必須 ▲: 必須ではない

(※) 11, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 40, 50, 54, 60, 70, 80, 90, 92, 93, 94, 97のいずれかが入る

EF統合ファイル

EF統合ファイル<行為明細情報>

DE 番号	必須 項目	データエレメント Data Element (DE)	桁数	累積 桁数	前ゼロ の必須	E ファイル	F ファイル	備 考
EF-1	○	施設コード	9	9	必須	E1 施設コード	F1 施設コード	
EF-2	○	データ識別番号	10	19	必須	E2 データ識別番号	F2 データ識別番号	
EF-3	○	退院年月日(西暦)	8	27		E3 退院年月日	F3 退院年月日	
EF-4	○	入院年月日(西暦)	8	35		E4 入院年月日	F4 入院年月日	
EF-5	○	データ区分	2	37	必須	E5 データ区分	F5 データ区分	
EF-6	○	順序番号	4	41	必須	E6 順序番号	F6 順序番号	
EF-7	○	行為明細番号	3	44	必須		F7 行為明細番号	
EF-8	○	病院点数マスタコード	12	56		(E7 病院点数マスタ コード)	F8 病院点数マスタコ ード	
EF-9	○	レセプト電算処理シス テム用コード	9	65		(E8 レセプト電算コ ード)	F9 レセプト電算コード	
EF-10	▲	解釈番号	8	73		(E9 解釈番号)	F10 解釈番号	
EF-11	○	診療明細名称	254	327		(E10 診療行為名称)	F11 診療明細名称	
EF-12	○	使用量	11	338	必須		F12 使用量	
EF-13	○	基準単位	3	341			F13 基準単位	
EF-14	○	明細点数	8	349	必須	}	F14 行為明細点数 F15 行為明細薬剤料 F16 行為明細材料料	
EF-15	○	円・点区分	1	350			(E14 円点区分)	F17 円点区分
EF-16	○	出来高実績点数	8	358	必須		F18 出来高実績点数	
EF-17	○	出来高・包括フラグ	1	359	必須		F19 出来高包括フラグ	
EE-18	○	行為点数	8	367	必須	E11 行為点数		
EF-19	○	行為薬剤料	8	375	必須	E12 行為薬剤料		
EF-20	○	行為材料料	8	383	必須	E13 行為材料料		
EF-21	○	行為回数	3	386	必須	E15 行為回数		全レコード
EF-22	○	保険者番号	8	394		E16 保険者番号		
EF-23	△	レセプト種別コード	4	398		E17 レセプト種別コ ード		
EF-24	○	実施年月日	8	406		E18 実施年月日		全レコード
EF-25	○	レセプト科区分	2	408	必須	E19 レセプト科区分		
EF-26	○	診療科区分	3	411	必須	E20 診療科区分		全レコード
EF-27	△	医師コード	10	421		E21 医師コード		全レコード
EF-28	△	病棟コード	10	431		E22 病棟コード		全レコード
EF-29	○	病棟区分	1	432		E23 病棟区分		全レコード
EF-30	○	入外区分	1	433		E24 入外区分		
EF-31	○	施設タイプ	3	436		E25 施設タイプ		

○：必須 △：出来高の時必須 ◎：DPC 包括算定期間のみ必須 ▲：必須ではない

(※) 11, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 32, 33, 40, 50, 54, 60, 70, 80, 90, 92, 97のいずれかが入る

【統計情報部「患者調査」の仕様】

入院前の場所

〔家庭〕

- 1 当院に通院：家庭から当該医療施設に通院していたものをいう。
- 2 他の病院・診療所に通院：家庭から他の病院または診療所に通院していたものをいう。
- 3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）：家庭で往診・訪問診療・訪問看護を受けていたものをいう。
- 4 その他：上記「1～3」以外の場合をいう。

〔他の病院・診療所に入院〕

- 5 地域医療支援病院・特定機能病院：地域医療支援病院・特定機能病院に入院していたものをいう。
- 6 その他の病院：上記「5」以外の病院に入院していたものをいう。
- 7 診療所：診療所に入院していたものをいう。
- 8 介護老人保健施設に入所：介護老人保健施設に入所していたものをいう。
- 9 介護老人福祉施設に入所：介護老人福祉施設に入所していたものをいう。
- 10 社会福祉施設に入所：社会福祉施設（障害福祉施設・児童福祉施設等）に入所していたものをいう。
- 11 その他（新生児・不明等）：上記「1～10」以外の場合をいう。

退院後の行き先

〔家庭〕

- 1 当院に通院：家庭から当該医療施設に通院するものをいう。
- 2 他の病院・診療所に通院：家庭から他の病院または診療所に通院するものをいう。
- 3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）：家庭で往診・訪問診療・訪問看護を受けるものをいう。
- 4 その他：上記「1～3」以外の場合をいう。

〔他の病院・診療所に入院〕

- 5 地域医療支援病院・特定機能病院：地域医療支援病院・特定機能病院に入院するものをいう。
- 6 その他の病院：上記「5」以外の病院に入院するものをいう。
- 7 診療所：診療所に入院するものをいう。
- 8 介護老人保健施設に入所：介護老人保健施設に入所するものをいう。
- 9 介護老人福祉施設に入所：介護老人福祉施設に入所するものをいう。
- 10 社会福祉施設に入所：社会福祉施設（障害福祉施設・児童福祉施設等）に入所するものをいう。
- 11 その他（死亡・不明等）：上記「1～10」以外の場合をいう。

【「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

患家（介護老人保健施設等を含む）の求めにより必要に応じて患家に赴いて診療するものをいう。

②訪問診療

医科においては、居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うものをいう。

③医師・歯科医師以外の訪問

居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師・歯科医師以外の者が訪問して実施されるものをいう。

【患者調査と DPC 調査の対応一覧】

[入院経路]

患者調査	DPC 調査
[家庭]	
	0 院内の他病棟からの転棟
1 当院に通院	1 家庭からの入院
2 他の病院・診療所に通院	1 家庭からの入院
3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）	1 家庭からの入院
4 その他：上記「1～3」以外の場合	1 家庭からの入院
[他の病院・診療所に入院]	
5 地域医療支援病院・特定機能病院	4 他の病院・診療所の病棟からの転院
6 その他の病院	4 他の病院・診療所の病棟からの転院
7 診療所	4 他の病院・診療所の病棟からの転院
8 介護老人保健施設に入所	5 介護施設・福祉施設に入所中
9 介護老人福祉施設に入所	5 介護施設・福祉施設に入所中
10 社会福祉施設に入所	5 介護施設・福祉施設に入所中
11 その他（新生児・不明等）：上記「1～10」以外の場合	8 院内で出生 9 その他

[退院先]

患者調査	DPC 調査
[家庭]	
	0 院内の他病棟への転棟
1 当院に通院	1 家庭への退院（当院に通院）
2 他の病院・診療所に通院	2 家庭への退院（他の病院・診療所に通院）
3 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）	3 家庭への退院（その他）
4 その他：上記「1～3」以外の場合	3 家庭への退院（その他）
[他の病院・診療所に入院]	
5 地域医療支援病院・特定機能病院	4 他の病院・診療所の病棟への転院
6 その他の病院	4 他の病院・診療所の病棟への転院
7 診療所	4 他の病院・診療所の病棟への転院
8 介護老人保健施設に入所	5 介護老人保健施設に入所
9 介護老人福祉施設に入所	6 介護老人福祉施設に入所
10 社会福祉施設に入所	7 社会福祉施設に入所
11 その他（死亡・不明等）：上記「1～10」以外の場合	8 終了（死亡等） 9 その他

【介護保険にかかる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」】

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

適切な傷病名コーディングの推進について（案）

I 「DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト」について

1. 概要

- 平成 25 年 7 月 26 日の DPC 評価分科会において、厚生労働科学研究班（伏見班）が作成した「DPC/PDPS 傷病名コーディングガイド（Ver. 1.0）」が報告された。
- その後、平成 26 年度診療報酬改定以降の活用に向けて、DPC 評価分科会の意見、平成 24 年度特別調査（アンケート調査、ヒアリング調査）の結果、審査支払機関の意見等を踏まえつつ、別添の通り見直しをおこなった。

2. 修正を行った主な点

[名称]

「コーディングガイド」→「コーディングテキスト」

[追加した主な内容]

- 副傷病名の適切な記載について
- なぜ適切なコーディングが必要かについて
- 適切なコーディングのために望ましいと考えられる医療機関の体制
- MDC・上 6 桁コード毎の留意点一覧表 等

3. 対応案

- DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト（以下、「コーディングテキスト」という。）は、今後も引き続き必要な見直しを行った上で、次回診療報酬改定（平成 26 年度）以降、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してはどうか。
- 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してはどうか。
- 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してはどうか。

Ⅱ レセプトの記載要領について

1. 概要

- 「130100 播種性血管内凝固症候群」等、いわゆるアップコーディング（より高い診療報酬を得るために意図的に傷病名コーディングの操作を行うこと）の事例が存在するのではないかと指摘されている診断群分類については、何らかの対応が必要があると考えられる。

2. 対応案

- 例えば、「130100 播種性血管内凝固症候群」によって請求する際に、診断の明確な根拠について記載されたもの等をレセプトに添付することについてどのように考えるか。

DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト (案)

平成26年●月

厚生労働省保険局医療課

目次

I. はじめに	4
1. 序文	4
1) 本コーディングテキストについて	
2) 本書が必要とされた背景	
3) なぜ適切な DPC、ICD コーディングが求められるのか	
4) 本書の帰属先について	
5) 本書が想定する対象者	
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
1) DPC/ PDPS のコーディング手順について	
2) DPC コーディングに係る体制	
3) 適切なコーディングに関する委員会活動、その理念について	
3. 疑義がある場合の問い合わせ先	8
4. 参考資料	8
5. 本書で使用される「用語」について	8
II. 総論	9
1. DPC (診断群分類) の基本構造について	9
1) DPC (診断群分類) は大きく 3 層構造で構成されている	
2) DPC 分類と ICD 分類	
3) 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	
4) 2 つの傷病名マスター (標準病名マスター、レセプト電算マスター) について	
2. コーディングの基本的な考え方	18
1) 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	
2) コーディングの基本と傷病名選択の定義	
3. 傷病名のコーディングにあたっての注意点	26
1) 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	
2) 医療資源傷病名を「疑い」とする場合 (診断未確定) への対応	
3) 医療資源傷病名が「ICD」における複合分類項目に該当する場合	
4) 病態の続発・後遺症のコーディング	

- 5) 急性および慢性の病態のコーディング
- 6) 処置後病態および合併症のコーディング
- 7) 多発病態のコーディング
- 8) その他、コーディングで留意すべきこと

Ⅲ. 付録：・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38

- ・ DPC 上 6 桁別 注意すべきコーディングの事例集

I. はじめに

1. 序文

1) 本コーディングテキストについて

- 本コーディングテキスト (以下、「本書」という) は、DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination/ Per Diem Payment System; 診断群分類による 1 日当たり包括支払い方式) に関連する医療機関において、DPC レセプトの作成や DPC 導入の影響評価に係る調査 (退院患者調査) の様式 1 の作成等の際に適切な傷病名のコーディングを行うための参考資料として作成されたものである。
- 本書は、平成 25 年度第 5 回 DPC 評価分科会 (平成 25 年 7 月 26 日) で報告された「DPC/PDPS コーディングガイド (厚生労働科学研究班 (※) 作成)」を元に、地方厚生局、審査支払機関、日本診療情報管理士会所属の診療情報管理士指導者等の意見を集約して見直しを行い、作成されている。
(※平成 24 年度厚生労働科学研究「診断群分類を用いた急性期医療、亜急性期医療、外来医療の評価手法開発に関する研究 (研究代表者 伏見清秀)」)
- 本書は、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している。
- なお、本書は、傷病名のコーディングに係る事例を完全に網羅するものではなく、臨床現場の意見や DPC/PDPS 全体に関する議論等も踏まえ、事例の追加や基本的な考え方の修正等の改訂を行うことを予定している。

2) 本書が作成された背景

- DPC 対象病院は年々増加傾向となっており、DPC/PDPS (診断群分類による 1 日当たり包括支払い方式) による診療報酬の支払い方式が拡大している中で、DPC/PDPS を適切に運用するため、今後ますます適切な傷病名コーディングが求められている。
- DPC 制度は、疾病の分類方法として「疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (国際疾病分類) : ICD-10 2003 年版準拠 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; 以下、「ICD」という。)」が採用されており、適切な DPC コーディングのためには ICD (国際疾病分類) に対する理解が普及するが重要であり、これまで様々な取り組みが行われてきた。

・「A207 診療録管理体制加算」の創設…診療記録管理の専任者の配置、ICD コーディン

グやカルテ開示にかかる診療報酬上の評価

- ・「部位不明・詳細不明コード」の ICD コードの過剰使用に対する診療報酬上のペナルティの導入
- ・標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディングを行う体制を確保することを目的とした委員会「適切なコーディングに関する委員会」の設置及び年 2 回の開催を義務化 等

(※参考：DPC 制度導入以前の平成 10 年 10 月に開始された国立病院等における入院医療の定額支払制度、いわゆる日本版 DRG/PPS においても ICD が採用されている)

- しかし、ICD (国際疾病分類) に関する知識の不足に起因すると考えられる不適切なコーディングや、いわゆるアップコーディング (より高い診療報酬を得るために意図的に傷病名コーディングの操作を行うこと) の事例等が存在することが指摘されており、適切な DPC コーディングを推進するために ICD に関する知識の更なる普及の取組みが課題とされている。

3) なぜ適切な DPC・ICD コーディングが求められるのか

- DPC/ PDPS (診断群分類による 1 日当たり支払い方式) の基本となる DPC 点数表は、「DPC 導入の影響評価にかかる調査 (退院患者調査)」に基づき、診断群分類ごとの前年度の全国平均の実績 (平均在院日数および平均 1 日当たり医療費) を元に設定されており、最新の診療実態を反映した点数が設定される仕組みとなっている (DPC 点数表の各診断群分類の点数は厚生労働省が恣意的に決定しているわけではない)。
- しかし、いわゆるアップコーディング (より高い診療報酬を得るために意図的に傷病名コーディングの操作を行うこと) 等により、適切な傷病名コーディングが行われなかった場合、各診断群分類において診療実態にあった適切な点数が設定されなくなってしまう可能性がある。
 - ※ 例として、「130100 播種性血管内凝固症候群 (DIC)」の診断群分類はアップコーディングが多い診断群分類であると指摘されており、設定されている点数は年々低下していることから、本来 DIC としてコーディングされるべき患者を診療する医療機関にとって適切な医療費が償還されなくなっているのではないかという指摘がある。
- DPC/ PDPS (診断群分類による 1 日当たり支払い方式) が適切に運用され、全国の急性期医療が適切に提供されるためには、診断群分類ごとに診療実態にあった DPC 点数が設定されることが不可欠であることから、全国の DPC/ PDPS に関連する医療機関において適切な DPC コーディングが求められている。

4) 本書の帰属について

- 本書は、厚生労働科学研究班（伏見班）及び日本診療情報管理士会が監修し、厚生労働省保険局医療課に帰属する。

5) 本書が想定する対象者

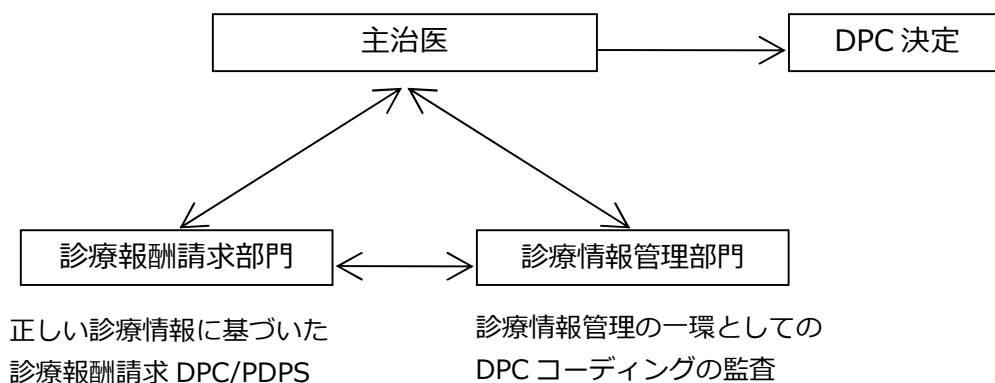
- 本書は、最終的に DPC コーディングを決定する医師、診療報酬請求事務を行う職員、診療記録の監査やコーディングを行う診療情報管理士等、DPC/PDPS に関連する医療機関に所属する全病院職員を対象として想定している。
※『平成 26 年度影響調査実施説明資料』と併せて活用すること。

2. 適切なコーディングを実施するために望ましいと考えられる病院の体制

- 平成 25 年度第 1 回 DPC 評価分科会（平成 25 年 4 月 3 日）において、「適切な DPC コーディングのために先進的な取り組みをしている」全国 5 病院を対象としてヒアリング調査が実施され、適切なコーディングを実施するために望ましいと考えられる病院の体制について議論が行われた。
（※ヒアリング調査の結果については、平成 25 年度第 5 回 DPC 評価分科会（平成 25 年 7 月 26 日）で報告されている <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000037a48.html>）

1) DPC コーディングに係る体制

- DPC のコーディングにおいては「主治医」、「診療情報管理部門」、「診療報酬請求部門（医事課等）」が中心になって関わるものと考えられるが、役割分担の明確化や意思疎通を行う機会を十分設ける等、医療機関全体として協力しあう体制を構築することが求められている。（平成 24 年度特別調査（ヒアリング調査・アンケート調査）の結果報告について）
- DPC コーディングの最終的な決定者は「主治医」であるが、主治医に加えて「診療報酬請求部門」、監査役としての診療情報管理士を中心とする「診療情報管理部門」が適切に関与していくことが望ましい。



図表 1 : コーディングに係る体制

- DPC 対象病院は「A207 診療録管理体制加算」の届出を行うことが要件となっており、DPC コーディングは、診療録管理体制によって整備された正確な診療記録に基づき監査されることが望ましい。

2) DPC/PDPS のコーディング手順について

- 入院時および退院時に「主治医」によって DPC コーディングが入力された後に、「診療情報管理部門の職員」や「診療報酬請求部門（医事課等）の職員」がコーディング内容を確認する手順をとっている病院が多数を占めており、この方法が最も標準的なコーディング手順であると考えられる。
- 一方、診療情報管理士や医事課職員が DPC コーディングを行った後に主治医が確認するという体制をとっている病院もあり、各病院のそれぞれの実態にあった適切なコーディング手順を構築することが望ましい。

3) 「適切なコーディングに関する委員会」の有効な活用について

- 適切なコーディングに向けて先進的な取り組みをしている医療機関のほとんどが「適切なコーディングに関する委員会」を毎月開催しており、医療機関によっては診療情報管理士、医事課担当者を主体としたより実務的なコーディングに関する議題が取り上げられていることが報告されており、「適切なコーディングに関する委員会」をより適切なコーディングを議論する場として有効に活用ことが望ましい。
- 特にコーディングの最終的な決定者である「医師」が、ICD（国際疾病分類）を含め、DPC/PDPS について十分に理解を深めることが望ましく、医療機関としての何らかの取り組みがなされることが望ましい。
- なお、当該分科会で同時に報告された平成 24 年度特別調査（ヒアリング調査・アンケート調査）の調査結果において、「適切なコーディングに関する委員会」の議題として「出

来高点数と包括点数の差額分析」を行っている医療機関が多数認められているが、包括で算定した場合の点数と出来高で算定した場合の点数との差額が小さいことが、適切な DPC コーディングであることの根拠にはならないことに留意すること。

※詳細については、厚生労働省 HP を参照すること。

（平成 25 年度第 1 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会 議事次第）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002yofs.html>

（平成 25 年度第 5 回診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会 議事録）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000016240.html>

3. 本書に疑義がある場合の問い合わせ先

- 個別事例の DPC コーディング・診療報酬請求に係ること：地方厚生（支）局、審査支払機関
- 本書の改訂にかかる要望等：DPC 調査事務局（厚生労働省保険局医療課）

4. 参考資料

- 1) 疾病及び関連保健問題の国際統計分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）2003 年版第 1 巻（総論）、厚生統計協会
- 2) 診断群分類点数表のてびき 平成 24 年 4 月版、社会保険研究所

5. 本書で使用される用語について

※ 「DPC」

Diagnosis Procedure Combination; 診断群分類のこと。14 桁のコードで定義される。

※ 「DPC/PDPS」

Diagnosis Procedure Combination/ Per Diem Payment System; 診断群分類による 1 日当たり包括支払い制度のこと。いわゆる「DPC 制度」のことを指す。

※ 「ICD」

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; 国際疾病分類のこと。平成 26 年度 DPC 点数表においては、第 10 版（ICD-10）が使用されている。

※ 「MDC」

Major Diagnostic Category; 主要診断群のこと。DPC/ PDPS では 18 の MDC に分類されている。DPC コードの上 2 桁は MDC コードである。

※ 「コーディング」

該当するコードを選択すること。

※ 「医療資源病名」

医療資源を最も投入した傷病名のこと。

Ⅱ. 総論

1. DPC (診断群分類) の基本構造について

1) DPC (診断群分類) は大きく分けて 3 層構造で構成されている

○重要なポイント

- ・ DPC (診断群分類) は 14 桁コードで構成され、大きくわけて 3 層構造で構成されている。
- ・ 1 層目は、「傷病名」に基づく層であり、ICD-10(国際疾病分類) で定義されている。
- ・ 2 層目は、「手術」の有無に基づく層であり、医科点数表により定義されている。
- ・ 3 層目は、その他の層であり、「処置」、「副傷病名」、「重症度」等が含まれる。

【1層目】傷病名 (主要な傷病名、病態 : Diagnosis)

【2層目】手術 (主要な手術 : Procedure)

【3層目】その他の処置、副傷病名 (入院時併存症、入院後発症)、重症度等の 3 層構造で構成されている。

- ※ 日本で採用されている DPC (診断群分類) は、手術・処置等 (Procedure) より傷病名 (Diagnosis) が優位の構造となっており、DPC コーディングにおいては傷病名の選択が最も基本的である。

- 「医療資源を最も投入した傷病名 (以下、「医療資源病名」という。)」は、入院中の主要な傷病名・病態に基づき入力する。

(注 : レセプトや退院患者調査の様式 1 における「主傷病名」は医師がカルテに記載した病名であり、必ずしも医療資源の投入量に基づいて決定されたものである必要はない。)

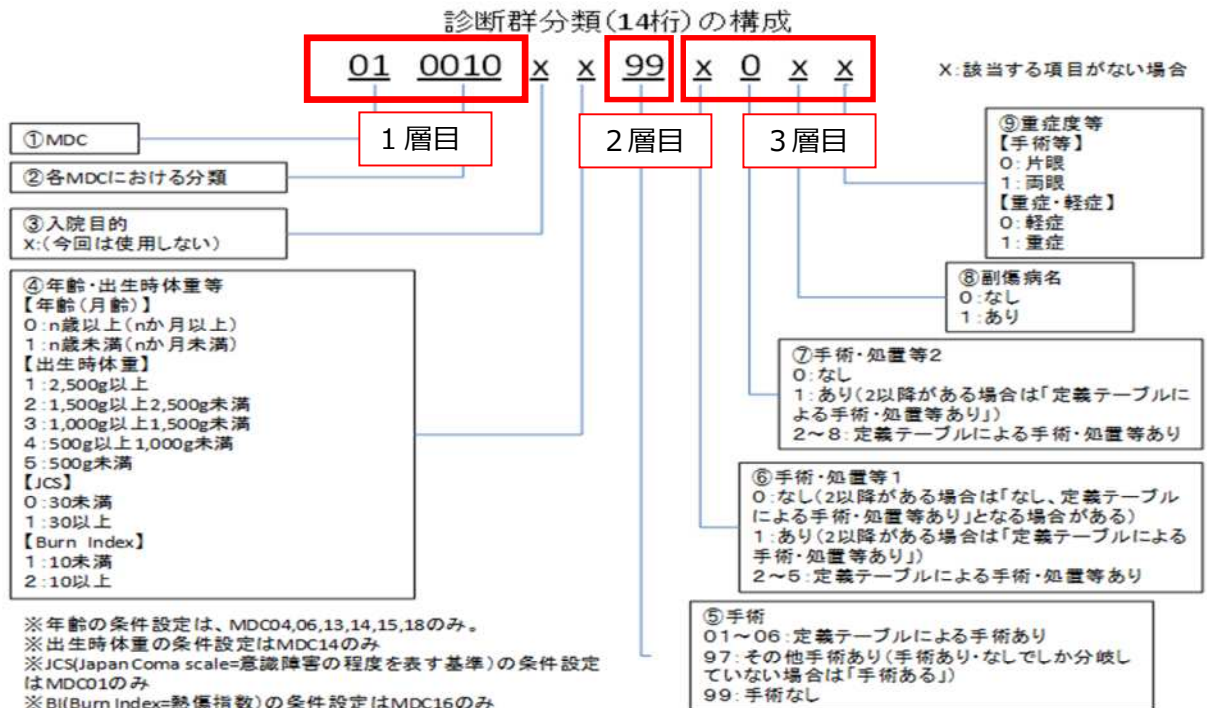
- DPC/ PDPS における「傷病名」は、ICD (国際疾病分類) を元に作成されており、傷病名の選択の際は、原則として WHO (世界保健機関) が規定した ICD (国際疾病分類) の分類ルールに基づいて行う。

- ※ DPC を分類するための傷病名分類は、WHO が制定している ICD-10 分類、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第 10 回修正」(International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision) 2003 年日本語版で定義されている。当該資料は、3 巻構成で、1 巻が総論 (マニュアル)、2 巻が内容例示表 (コード体系)、3 巻が索引表である。ICD 分類を行う手順の基本は、主たる傷病名を、1 巻 (総論) に規定された各種のルールや定義に基づき、2 巻から分類を検索することである (必要に応じて 3 巻の索引表を活用)。

(注 : ICD の分類は死因統計に用いることを前提としており、臨床現場の意見等を踏まえて設定された DPC の分類と概念が異なる部分もある。DPC の分類においては、主要、かつ単一の病態、すなわち医療資源傷病名を選択することが必要であり、ICD のルールにあるダブルコーディングや分類選択に当たっての優先ル

ール等は DPC 分類では採用されない)

○ DPC (診断群分類) は 14 桁のコードで表現される。



図表 2. 診断群分類の構成 (項目の詳細)

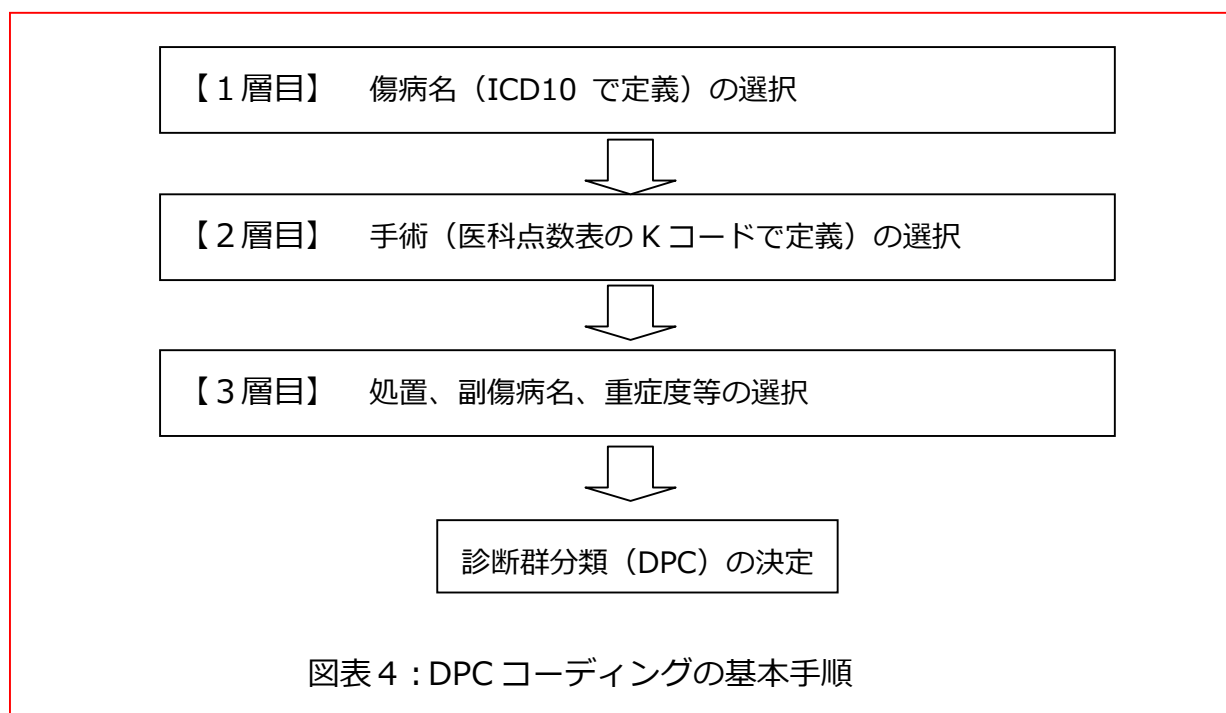
◆ 診断群分類の構成	
【1層目：傷病名の層】	上6桁コード (上2桁は MDC (主要診断群) コード)
【2層目：手術の層】	9・10 桁目
【3層目：その他】	残りのコード

MDCコード*	MDC名称
01	神経系疾患
02	眼科系疾患
03	耳鼻咽喉科系疾患
04	呼吸器系疾患
05	循環器系疾患
06	消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
07	筋骨格系疾患
08	皮膚・皮下組織の疾患
09	乳房の疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
14	新生児疾患、先天性奇形
15	小児疾患
16	外傷・熱傷・中毒
17	精神疾患
18	その他

図表 3. MDC コードと MDC 名称

- DPC の 3 つの基本構造の決定によって DPC の 14 桁コードを決定するのが DPC コーディングの基本となる。

(注：ここで出現する定義の多くは、一定の幅を持つ「分類」や「範囲」であることに注意が必要である。ここでの「分類」は、保険診療（処置手術等）のルールにおいてどのグループ（分類）に包含されるかということである。したがって、分類の粗さの問題はあっても原則として傷病名や手術名はいずれかに分類される。)



図表 4 : DPC コーディングの基本手順

2) DPC 分類と ICD 分類

○重要なポイント

- ・ DPC 分類は「3層構造」であり、1層目から順次、医療資源傷病名、2層目の手術、3層目の付随する処置や重症度、副傷病名等を選択する。
- ・ 1層目、2層目、3層目を順に一方通行の考え方で選択する。

○ 図表 4 .に示したとおり、適切に DPC を分類するためのプロセスは3層構造であることを踏まえ、

- ・ 1層目：医療資源傷病名を決定し、その傷病名が ICD のどの分類に属するかを決定
- ・ 2層目：実施した手術が診療報酬点数表のどの分類に属するかを決定
- ・ 3層目：最後に、定義された手術処置 1 もしくは手術処置 2、副傷病の有無、重症度等を決定

という流れになり、その結果、適切な分類が選択される。

○ この選択のフローは、1層目から3層目まで一方通行で選択する考え方であり、手術・処置等の下の層から遡って傷病名を選択するのは正しい考え方ではない。

※ 主治医が診断した結果の傷病名の選択を最も上位の層（1層目）で選択する構造であり、2層目、3層目の内容は上位の層に関連する選択となるが、その関係に著しく乖離があるとすれば、その根拠について診療録で判明することは当然として DPC のレセプト作成にあたっては症状詳記等を添付する等の配慮が必要である。

※DPC の分類における適用の考え方について

(1) 診断群分類点数表に掲げる傷病名、手術、処置等又は副傷病名の内容は、定義告示に定められており、入院患者に対する診断群分類の適用は、当該患者の傷病名、手術、処置等、副傷病名等に基づき主治医が判断する。なお、主治医は、診断群分類区分の適用に際し、定義告示および診断群分類定義樹形図に基づき診断群分類区分を判断する。

(2) 傷病名は入院期間において治療の対象となった傷病のうち「医療資源傷病名（医療資源傷病名が確定していない場合は入院の契機となった傷病をいう）」を主治医が ICD から選択する。ただし、以下の ICD については選択しない。

- ・ 詳細不明の寄生虫症 (B89)
- ・ 疾患の原因であるレンサ球菌およびブドウ球菌 (B95) からその他および詳細不明の感染症 (B99)
- ・ 心拍の異常 (R00) からその他の診断名不明および原因不明の死亡 (R99) まで(ただし、鼻出血 (R040)、咯血 (R042)、気道のその他の部位からの出血 (R048)、気道からの出血、詳細不明 (R049)、熱性けいれん (R560)、限局性発汗過多 (R610)、全身性発汗過多 (R611)、発汗過多、詳細不明 (R619)、およびブドウ糖負荷試験異常 (R730) を除く。)
- ・ また、独立した多部位の悪性腫瘍 (C97) については選択せず、主たる部位の悪性腫瘍のいずれかを選択する。

- (3) 手術等が実施されていない期間に診断群分類区分の適用を判断する場合には、予定されている手術等（入院診療計画等により確認されるものに限る。）を考慮した上で診断群分類区分の適用を判断する。
 - (4) 1つの入院期間において複数の傷病に対して治療が行われた場合においても、1つの診断群分類区分を決定する。
 - (5) 同一の傷病に対して複数の手術等が行われた場合においても、1つの診断群分類区分を決定するものとし、決定に当たっては以下の点に注意する。
 - ・入院中に定義告示に掲げられた複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の診断群分類区分に該当する可能性がある場合の取扱いは、「手術」、「手術・処置等1」および「手術・処置等2」の全ての項目において診断群分類定義樹形図の下から掲げられた診断群分類を優先して選択する。
 - (6) 医科点数表において「区分番号 K○○○の○○術に準じて算定する」と規定されている手術については、診断群分類区分を決定するにあたっては準用元の手術で判断する。
 - (7) 主治医による診断群分類区分の適用の決定は診療報酬の請求時に行う。
- ICD の概要を図表5に示し、DPC の分類選択を適切に行うためのICDに係る基礎的かつ重要な定義を併せて解説する。

章	ICDコード	分類見出し
1	A00-B99	感染症および寄生虫症
2	C00-D48	新生物
3	D50-D89	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害
4	E00-E90	内分泌, 栄養および代謝疾患
5	F00-F99	精神および行動の障害
6	G00-G99	神経系の疾患
7	H00-H59	眼および付属器の疾患
8	H60-H95	耳および乳様突起の疾患
9	I00-I99	循環器系の疾患
10	J00-J99	呼吸器系の疾患
11	K00-K93	消化器系の疾患
12	L00-L99	皮膚および皮下組織の疾患
13	M00-M99	筋骨格系および結合組織の疾患
14	N00-N99	尿路性器系の疾患
15	O00-O99	妊娠, 分娩および産じょく<橋>
16	P00-P96	周産期に発生した病態
17	Q00-Q99	先天奇形, 変形および染色体異常
18	R00-R99	症状, 徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
19	S00-T98	損傷, 中毒およびその他の外因の影響
20	V00-Y98	傷病および死亡の外因
21	Z00-Z99	健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用
22	U00-U99	特殊目的用コード

図表 5. ICD 分類における章、所属コードと見出し (名称)

◆ICD 分類での表現や考え方について

- (1) 主要病態や主傷病名とは、DPC で用いられる「医療資源傷病名」と同一の意味である。
- (2) 「主要病態」や「主傷病名」は、臨床家の専門性等に依存、配慮した傷病名ではなく、1入院期間の医療資源の投入量に依存する医療資源傷病名を指す。
- (3) 「副傷病名」は、ICD における「その他の病態」等を指す。
- (4) 傷病名に関しては、その傷病名記載に含まれる情報として、部位、病理学的区分等、ICD 分類が出来るだけのものが含まれている必要がある。例えば、左右、上下、両側片側、骨折における開放性非開放性、新生物における良性悪性、先天性後天性等がある。
- (5) 傷病名表記は、原則として略称等は用いず日本語表記を原則とする。

3) 傷病名コーディングが必要となるレセプト等の記載欄と留意事項について

- 傷病名コーディングは、DPC レセプトの作成や退院患者調査の様式 1 の作成において必要となり、それぞれの記載欄に定められている留意事項に沿ってコーディングを行う。
- レセプトと影響調査における様式 1 をはじめとした提出データは相互に差異がないこと (同一の診療データを基に双方が作成されていること) が求められる。

記載欄	留意事項
①「傷病名」欄	<ul style="list-style-type: none"> ・「医療資源を最も投入した傷病名」を選択する。 ・入院中の主要な傷病名・病態に基づき決定する。
②「副傷病名」欄	(診断群分類点数表に定義されている副傷病名がある場合は記載する。)
③「傷病情報」欄	
「主傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が医学的判断に基づき決定した傷病名を記載する。(医療資源の投入量の多寡によらず、医師の判断で決定してよい)
「入院の契機となった傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> ・今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を1つ記載する。
「医療資源を2番目に投入した傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> ・医療資源を2番目に投入した傷病名を1つ記載する。
「入院時併存傷病名」 (最大4つ)	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>診断群分類の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は記載する必要がある。</u> ・入院時に併存している傷病名について、重要なものから最大4つまで記載する。
「入院後発症傷病名」 (最大4つ)	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>診断群分類の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は記載する必要がある。</u> ・入院後に発症した傷病名について、重要なものから最大4つまで記載する。

図表6. DPCレセプトの作成に必要な傷病名の一覧

調査項目	留意事項
「主傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時サマリーの主傷病欄に記入された傷病名を入力する。
「入院の契機となった傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> ・入院の契機となった傷病名を入力する。
「医療資源を最も投入した傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> ・入院期間中、複数の病態が存在する場合は医療資源を最も投入した傷病名で、請求した手術等の診療行為と一致する傷病名を入力する。
「医療資源を2番目に投入した傷病名」	<ul style="list-style-type: none"> ・医療資源を2番目に投入した傷病名は、「入院時併存症名」もしくは「入院後発症疾患名」のいずれかに必ず入力する。
「入院時併存症名」 (最大4つ)	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院時併存症がある場合には必ず入力する。</u> ・以下に該当するものがある場合は入力すること。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 診断群分類点数表に定義された副傷病名 2. 慢性腎不全 3. 血友病・HIV感染症

	4. 併存精神疾患
「入院後発症疾患名」 (最大4つ)	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>医療資源の投入量に影響を及ぼしたと判断される入院後発症疾患がある場合には必ず入力する。</u> ・ 以下に該当するものがある場合は入力すること。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 診断群分類点数表に定義された副傷病名 2. 術後合併症

図表 7. DPC 退院患者調査の様式 1 の作成に必要な傷病名の一覧

4) 2つの傷病名マスター（標準病名マスターおよびレセプト電算マスター）について

○重要なポイント

- ・ 診療報酬の請求には標準的なマスターを使用することが義務づけられているが、これらのマスターは、頻回に用いる傷病名に ICD を付与したものである。
- ・ 傷病名が存在しない場合は新たに傷病名マスターを作成しなければならない。
- ・ 修飾語を用いることによって ICD が変化する場合があるため注意が必要である。

(1) 傷病名マスターについて

- DPC/PDPS に限らず、診療報酬の請求に用いる場合はレセプト電算処理システムに使用するマスターを用いることが義務づけられている。
- 標準病名マスターとは電子カルテシステムにおいて用いることを主眼に開発された「ICD-10 対応電子カルテ用標準病名マスター（以下「標準名マスター」という。）」、レセプト電算マスターとはレセプト電算処理を目的として開発された「レセプト電算処理システム傷病名マスター（以下「レセプト電算処理マスター」という。）」となり、当初、その目的からも別個のものとして扱われていたが、平成 14 年に傷病名表記の統一と相互のコードの対応付けを行ったことで、現在では標準病名マスターとレセプト電算マスターの齟齬は解消されている。
- また、これらのマスターには ICD が付与されていることから、その利便性からも DPC のコーディングを行ううえで標準的なマスターとして使用することができる。
- ただし、これらのマスターは、電子カルテシステムやレセプト電算処理等の傷病名表記に用いることを目的として開発されていることから、利用するにあたっては知識や経験が必要となるため、以下について注意する。
 - ※ レセプト電算マスター使用の留意点と DPC のコーディングでの活用
 - ※ DPC に限らず、オンライン請求等、診療報酬を請求する際、傷病名は傷病名マスターを使用することが規定されている。前述したように、傷病名マスターには ICD も付与されているが、この ICD を用いて DPC 分類を行っている事例がある。
 - ※ だが、傷病名マスターはレセプト表記を行うために開発されたものであり、傷病名全

てに適切な ICD が割り振られていない。例えば、診療報酬を請求する際に用いる「足異物」、「膝関節部異物」といった傷病名には ICD では付与されていない。

- ※ つまり、これらのマスターはあくまでも適切な日本語傷病名を表示することが目的であって、ICD は副次的なものであり、日々発生する多様な全ての傷病名を与えられた現状で正しく ICD を選択するためには利用者側に知識や理解が必要である。

(2) コーディングにあたっての留意点

- 傷病名に修飾語(急性、慢性の区別や部位等) を付ける際は、傷病名に付与された ICD が変化する、傷病名にやむを得ず ICD を付与されたものが多数存在する、等を理解しておく必要がある。特に、不十分な傷病名に、部位不明、詳細不明等といった ICD が付与される例は典型である。

◆正しい傷病名と ICD-10 コードの選択

- ① 「噴門部」(修飾語) + 胃癌 (C16.9) → 噴門部癌 (C16.0)

※間違った選択 C16.9: 胃の悪性新生物、部位不明

- ② 「尺骨」(修飾語) + 骨折 (T14.20) → 尺骨骨折 (S52.20)

※間違った選択 T14.2: 部位不明の骨折

- ③ 「慢性」(修飾語) + 膵炎 (K85) → 慢性膵炎 (K86.1)

ターに含まれている、読み方、見方を変えると存在する。

- マスターから選ぶと、「詳細不明」、「.9」の分類になる → ICD の構造の理解不足、標準病名マスターの構造の理解不足である。
- それでも傷病名が存在しない場合は、独自にマスターへ登録して正しい傷病名を用いることになる。その場合は、以下の対応が求められる。
- また、未コード化傷病名は不適切ではなく存在しないコードを新たに作成することは禁止していない。既にあるコードをワープロ入力等で対応することが問題である。

ICD に関する Q & A

Q 1 : 標準病名マスターを必ず使わなければならないのか。手入力や院内で作成したマスターを用いてもよいか。

A 1 : 標準病名マスターの使用を前提とするが、含まれていない場合等は施設独自のレコードを使っても構わない。その場合でも ICD のコーディング、データの仕様に準拠していること。

Q 2 : ある傷病名に対する ICD が分からない。どこに問い合わせればよいか。

A 2 : 傷病名、ICD の決定は主治医と相談の上、各医療機関で行うこと。

※ 「DPC 導入に関する影響調査」抜粋

2. コーディングの基本的な考え方

1) 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

○重要なポイント

- ・ 診療報酬の請求は診療録（カルテ）に記載に基づいて行われる必要があり、DPC（診断群分類）の決定の際にも、診療録の記載に基づき適切に行わなければならない。

- 医師法第 24 条において、「医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。」と規定されており、その記載事項については医師法施行規則第 23 条に規定されている。
- また、療養担当規則第 8 条（診療録の記載及び整備）及び第 22 条（診療録）に診療録に係る規定があり、診療録の記載は診療報酬請求の根拠となるものであるため、レセプトに記載された事項は、診療録に記載されていなければならない。

(療養担当規則)

第 8 条：保険医療機関は、第 22 条の規定による診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

第 22 条：保険医は、患者の診療を行った場合には、遅滞なく、様式第 1 号又はこれに準ずる様式の診療録に、当該診療に関し必要な事項を記載しなければならない。

- また、DPC 導入の影響評価にかかる調査（退院患者調査）の様式 1 の作成においても、診療録の記載に基づいて行うこと。

2) コーディングの基本と傷病名選択の定義

○重要なポイント

- ・ DPC コーディングの基本は医療資源に基づく「医療資源病名」の選択にある。
- ・ 対象となる期間は、DPC 算定病床に入院していた期間である。

- DPC コーディングの対象となる期間は入院期間であることから、該当する DPC コードが確定するのは退院時となり、退院後に変更はしない。
（例：退院後、時間が経過して新しい傷病名で呼ばれるようになった、病理結果が出た等により他の DPC に該当する場合であっても DPC の変更はしない。）
- 退院時点で診断が確定していない場合は、疑われる傷病名に対して医療資源を投入したという前提で、「〇〇疑い」等、疑われる傷病名を選択する。

(1) 医療資源とは

- 「医療資源」とは「ヒト・モノ・カネ」の総体である。診療行為や薬剤のみではなく、総合的に判断しなければならない。
- 特に室料、設備等の資源、看護料等の人的資源等を評価する「入院基本料等」が医療資

源に占める割合は高いことから、例えば何のためにこの入院に至ったのか等の判断を元に考える。

(2) 主要病態とその選択とは

- DPC コーディングは、1 入院期間を対象に、主要な病態となる傷病名を選択することが基本である。したがって、1 入院期間で患者の治療対象として代表する傷病名を選択することが必要である。
- ICD（国際疾病分類）においては、単一病因分析のために使用される病態を、「保健ケアに関連したエピソードの間に治療または検査された主要病態」と定義している。

◆「主要病態」の選択の原則

- ①主として患者の治療又は検査に対する必要性に基づく「保健ケアのエピソードの最後に診断された病態（＝1 入院期間で退院時に判明する主要病態）」を選択する。
- ②病態が複数ある場合には、「もっとも医療資源が使われた病態」を選択する。
- ③診断が確定されなかった場合は、主要症状または異常な所見もしくは問題を主要病態として選択する。

- DPC/PDPS における「医療資源病名」は、当該一入院期間における ICD で定義される「主要病態」に置き換えて判断する。

※ 医療資源傷病名が確定しない場合は、結果として検査入院であり、〇〇疑いというような主要症状や異常所見として選択する。この場合は、検査行為も医療資源の1つであり、総合的に判断する必要がある。

※ 過去の傷病名（診療に無関係な何年も前の〇〇術後等）を選択すべきではなく、医療資源傷病名とはなり得ない。その判断の基準は、単純に「何ヶ月」というものではなく、今回の診療に影響を与えた医療資源の投入があったかどうか等により主治医が総合的に判断する必要がある。

◆不適切なコーディングの例

- ①既に治療が終わっている（今回の入院で当該疾病に医療資源の投入がない）
→右手尺骨骨折術後
- ②既にその臓器が存在しない
→胃癌術後（胃、全摘後）

(3) 医療資源病名の選択の原則

- 医療資源病名は、当該入院期間中に最も中心的な目的、実施する診療行為に直結するものである。その選択の基準は、以下のとおりである。

①入院期間中に複数の病態（傷病名）が存在する場合は、どの病態に医療資源を最も投入したかで判断する。原則として、手術等の主要な診療行為と一致する傷病名を選択する。

②複数の手術や侵襲的処置を行った場合は、そのうちの最も診療報酬点数が高い診療行為

に関連した傷病を対象とするのが一般的であるが、一部の高額な薬剤や検査に対応する傷病名とは限らないので慎重に判断が必要である。判断が難しい場合には、入院基本料（室料、設備等の資源、看護料等の人的資源等が含まれ、医療資源でも大きな要素）を含む診療報酬点数を参考に、総合的に医療資源傷病名を判断する。

※手術目的の入院であり当該期間における施設、設備、医療用材料、看護等の医療資源の投入先が明らかに手術を目的としたものである場合、副傷病名に関連する薬剤投与があってもそれをもって医療資源傷病名とすることが適切かどうかは総合的かつ慎重に判断しなければならない。その基本は「原疾患主義」である。

③入院中に病態が変化した場合は、退院時点の判断に基づいて1入院期間を通して最も医療資源を投入した傷病名を1つ選択する。

◆「1入院期間を対象に退院時に1つを決定する」例

①1入院期間に治療または検査された基本的な例(選択の基準に検査行為も含まれることに注意すること)

例) 急性穿孔性虫垂炎のため10日間の入院中に虫垂切除術等を施行した
→医療資源傷病名は急性穿孔性虫垂炎 (K350)

②投薬、処置手術や特徴的な診断行為があった場合で、診断が確定した場合(その行為と処置手術等が対象とした部位や対象とする病態等は一致するのが原則)の例

例) 不明熱のために入院してきた患者が各種検査を行い、診断の結果、急性骨髄性白血病と診断され、治療後に退院となった。
→医療資源傷病名は急性骨髄性白血病 (C920)

③病態が複数ある場合、「もっとも医療資源が使われた病態」を選択すべき例。

例) 5年前に自院にて肝臓癌の診断治療後も自院通院中、マイコプラズマ肺炎を発症し入院治療。肝臓癌の管理をしつつ抗生剤投与し退院した。
→医療資源傷病名はマイコプラズマ肺炎 (J157)、入院時併存症は肝臓癌 (C220)

○ また、傷病名に複数の傷病名要素を含むために曖昧なコーディングとなっている、もしくはコーディングそのものが出来ない例もみられる。多発性の外傷等の一部の限られた分野を除くと、基本的にICDで個別に定義された傷病名は各々を記載し、各々についてICDコーディングが行われるが、DPCの場合はその中から医療資源傷病名を選択する。

◆複数の傷病名を1つの傷病名としてコーディングされている例

①「呼吸不全、C型肝炎」の表記に対して、呼吸不全, 詳細不明 (J96.9) を付与。
呼吸不全とC型肝炎は別疾患として傷病名の標記をして個別にコーディングする必要がある。

※ただし、呼吸不全、C型肝炎という傷病名そのものも正しいコーディングをするにあたり十分な情報を持っていないので適切な傷病名の付与ではない

②「脱水症、S/O脳梗塞」の表記に対して、E86体液量減少(症) (E86) を付与。

(4) 原則として医療資源傷病名と実施した手術、処置には乖離がないこと

- 医療資源傷病名と実施した手術や処置との間に「乖離」がある場合は、その理由や根拠が診療録に記載されているとともに、レセプトのコメント欄または症状詳記へ記載することが必要である。

◆「医療資源傷病名」と実施した手術や処置との間に「乖離」がある

- ①医療資源傷病名が爪白癬、実施した手術が口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術
 - ②医療資源傷病名が狭心症、実施した手術が人工関節置換術（膝）
 - ③医療資源傷病名が肺炎、実施した手術が骨折観血的手術（大腿）
- ※医学的に理解が難しいので、乖離に対する理由根拠が必要である。

(5) 医療資源傷病名は精緻かつ医学的に適切な表現とすること

- 医療資源傷病名の選択にあたっては、傷病の包括的な表現は行わず病態を最も適切に表すものにする。
- 原因疾患が明らかな場合はそれに付随した呼吸不全、循環器不全等の臓器不全病名を選択しない。また、先天性心疾患、多発外傷、〇〇系の△△疾患等の包括的な表現を用いるべきではなく、疾患の部分的現象であるアルブミン減少症、貧血、血小板減少症、好中球減少症、カテーテル先感染症等を意図的に選択してはならない。

◆「医療資源名」として不適切な例

- ①肺炎を呼吸不全（J796）
- ②心筋梗塞や心筋症を心不全（I50）
- ③消耗性疾患でアルブミンを投与した場合のアルブミン減少症
- ④原因の明確な出血で輸血をしている場合の貧血
- ⑤癌の化学療法中に血小板を輸血した場合の血小板減少症（D69）
- ⑥GCSF等を皮下注した場合の好中球減少症（D70）

※ただし、高齢患者、小児患者等のうち過去の傷病に起因する慢性的な呼吸不全等で「不全」という表現を使用することはあり得る。その時には他の傷病名の選択が出来ない理由が必要である。

(6) 「副傷病名」（医療資源傷病名以外に存在する、または発生する他の病態）について

- ICD（国際疾病分類）のルールでは、主要な病態に加え可能な場合はいつでも、保健ケアのエピソードの間に取り扱われるその他の病態または問題もまた別々に記載するとされている。この「その他の病態」については、「保健ケアのエピソードの間に存在し、またはその間に悪化して、患者管理に影響を与えた病態」と定義されており、さらに、現在のエピソードに関連しない以前のエピソードに関連する病態は記載してはならないとされていることから、あくまでも今回の1入院期間が前提となる。
- 患者管理に影響を与えたとは、単純に在院日数を延長させたというのではなく副傷

病名を対象に診療行為が発生もしくは疑って診断行為等が発生した場合を含んでいる。例えば、認知症という併存症がある等、直接的な診療行為がなくても管理に影響を与える等に該当する場合も含んでいる。

◆患者管理に得今日を与えた病態の例

眼瞼ヘルペスの疑いで入院。当該患者は幼少の頃からアレルギー性気管支喘息があり、定期的に受診中。入院治療の過程で带状疱疹後神経痛が出現。

→医療資源傷病名は眼瞼ヘルペス (B023)、入院時併存症がアレルギー性気管支喘息 (J450)、入院後発症は带状疱疹後神経痛 (B022)。

(7) 副傷病名についての選択について

- DPC/ PDPS におけるいわゆる「副傷病名」は、「入院時併存症」および「入院後発症疾患」を指す。
- 「入院時併存症」は入院時点で、入院の契機となった傷病や医療資源を最も投入した傷病とは別に既に存在した傷病であり、「入院後発症疾患」は入院期間中に発生した傷病である。
- 入院期間中の患者管理に影響を与えた病態 (傷病名) を、最大4つまで記載するとされている。当該傷病名が4つを越える場合は影響度の大きいものの順に4つ選択する必要がある。なお、診療報酬請求上、5つ以上の傷病名の記載をしなければならない場合には、必要に応じて症状詳記を添付する。

(8) 詳細な傷病名の選択と記載について

①部位等の必要な情報を含むこと

- 各傷病名は、最適な ICD の分類、その結果としての適切な DPC の選択を行うためには可能な限り情報を多く含んでいる必要がある。分類するための情報が傷病名表記に含まれていることが必須であり解剖学的な部位、原因菌、病態等が明確でなければならない。
- ※ 胃の悪性新生物の場合、ICD 4 桁目を確定するためには、胃の詳細な部位の把握が必須であり、詳細な情報を傷病名の表記に含んでいる必要がある。特に、保険者、審査支払機関、行政機関等、第三者的立場の者にも容易に理解出来る傷病名の記載でなければならない。当然、この傷病名は主治医の診療録にその診断根拠等とともに記される必要がある。

◆胃の悪性新生物における ICD 分類の例

★胃の悪性新生物 (C16)

- 胃の悪性新生物、噴門 (C16.0)
- 胃の悪性新生物、胃底部 (C16.1)
- 胃の悪性新生物、胃体部 (C16.2)
- 胃の悪性新生物、幽門前庭 (C16.3)
- 胃の悪性新生物、幽門 (C16.4)
- 胃の悪性新生物、胃小弯、部位不明 (C16.5)
- 胃の悪性新生物、胃大弯、部位不明 (C16.6)
- 胃の悪性新生物、胃の境界部病巣 (C16.8)
- 胃の悪性新生物、胃、部位不明 (C16.9)

- この分類からもわかるように、例えば、治療対象（この場合は腫瘍の存在）となる部位が「胃体部」にあり、内視鏡などの検査や診断方法により確認されたとすれば、その傷病名は胃体部の悪性新生物 (C16.2) と分類すべきである。胃がん、胃悪性腫瘍、というような曖昧な表記では部位不明に分類せざるを得ず、その結果として不適切なコーディング、胃の悪性新生物、胃、部位不明 (C16.9) となってしまう。この場合は、明確に部位を明示して胃体部の悪性新生物 (C16.2) とすべきである。
- また、診断や部位が明らかであるにも関わらず、胃の悪性新生物と表記がされた場合は、傷病名の記載情報からはそれ以上の明確な診断がなされていない状態もしくは曖昧な診断がされてる状態と判断されることになる。通常、有効な検査等によって診断が確定し治療に至ったのであれば解剖学的な部位の確認は出来ていたはずである。前述のように、詳細部位が示されない胃癌としか表現出来ないような場合は傷病名の表現に問題があることになる。

◆部位等の情報を明確に含むことが重要な例

骨折は、「開放性」、「閉鎖性 (非開放性)」の区別、「部位」を明確にして S コードで分類する。
→S02.\$、S22.\$、S32.\$、S42.\$、S52.\$、S62.\$、S72.\$、S82.\$、S92.\$希なケースとして、多部位の場合は、T02.\$とする。部位不明に適用する、T08、T10、T12、T14.\$については、部位を明確にして、適切なコードを選択する。

※基本的に骨折や外傷等については部位の確認が可能であり部位不明はありえない。コード選択にあたっては、コンピュータの表示等のみによらず正しい部位を選択すること。

②適切な傷病名表記に必要な情報について

- 患者に対して診断を行いそれに基づき傷病名や病態を選択することは主治医の判断であるが、診療報酬請求の根拠とするためには第三者的に客観的かつ傷病名に対する診断理由や検査結果等が明確でなければならない。また、ICD においても、「各診断名は、病態を最も特異的な ICD 項目に分類するために可能な限り情報を多く含んでいなければならない。」とされていることから、ICD 分類を行うための情報が傷病名の表記に含まなければならない。ところが、臨床現場の主治医は多忙であり ICD 分類に必要な情報の全て

について付記を求めることは困難を伴う。このような現状を改善するために「適切なコーディングのための委員会の設置」と年2回以上の委員会開催がDPC制度参加の要件とされたところであり、ICDの選択に関わらず主治医以外の第三者が診療録等の確認を行う等の医師業務の支援体制を構築することが求められている。

◆本来診断が確定しているのも関わらず適切なICDコーディングをするための情報が含まれない例

- ①胃腫瘍 →胃体部癌の診断あり
- ②大腸癌 →S状結腸癌の診断と手術あり
- ③狭心症 →不安定狭心症と診断あり
- ④慢性副鼻腔炎 →慢性上顎洞炎と診断あり
- ⑤白内障 →老人性初発白内障と診断あり

- 新生物は、「悪性」、「良性」の区別を明示することが原則であり病理結果が間に合わず診断が未確定等により不明な場合に限り退院時点でこの傷病が疑われるというような観点で判断する。ただし、行った診療行為と整合性があることが条件である。(悪性に準じて治療を行った等。)悪性新生物(腫瘍)の場合、「悪性」または「癌」等の表示があることを原則となる。また、「再発」と「転移」はコードが異なるためコーディングだけではなく傷病名についても明確に区別が必要である。

◆悪性新生物(腫瘍)における傷病名の例

- ①上葉肺癌再発(C34.1)
- ②転移性肺癌(C78.0)
- ③乳癌術後胸壁再発(C76.1:結合組織の場合:C49.3)
- ④乳癌術後胸壁転移(C79.8)
- ⑤上顎洞癌術後前頭洞再発(C31.2)
- ⑥上顎洞癌術後前頭洞転移(C78.3)

- ICDは世界的な標準として用いることを目的としていることから曖昧な情報への対処方法が定められている。それに準拠したコーディング自体は誤りではないが、適切とはいえない傷病名に対するコーディングは結果として正しいICDコードを選択できないことになる。傷病名自体が曖昧な場合は、出来るだけ詳細な傷病名の選択、表示を行いそれに基づく正確なICDコーディングが必要となる。

◆曖昧な傷病名の例

- ①「カルチノイド」→C80(部位の明示されない悪性新生物)
- ②「感染症」→B99(その他および詳細不明の感染症)

※傷病名が曖昧で、精度の高いコーディングするための情報が不足している。

③傷病名選択と記載にかかる「対象範囲」について

- 病態は適切に診断され診断名（医療資源傷病名）も決定されているにも関わらず、DPC 分類の名称（傷病名の分類）の対象が広範囲で傷病名として曖昧なものを選択するケースがみられる。

◆DPC 分類の対象が広い範囲で傷病名として曖昧な例

- ①実施手術が S 状結腸切除の場合、傷病名は S 状結腸癌(C18.7)となるはずが、曖昧な大腸の悪性新生物 (C18.9) を選択。
→S 状結腸に対する手術部位は明白であり、大腸の悪性新生物のさらに詳細な傷病名の選択が可能なので、傷病名は S 状結腸癌 (C18.7)とするのが適切な選択。
- ②消化器系の悪性新生物、呼吸器系の炎症等、薬剤の効能範囲をそのまま傷病名として選択。

④傷病名として適切でないもの

- ICD の分類名のまま記したものの、薬剤の効能範囲を傷病名として記したものが傷病名として適切ではない事例がみられる。

※ICD の分類名は、疾病、障害及び例示したものであって臨床的な傷病名とは異なる。主治医が診断した臨床傷病名を選択すべきであり、ICD によっては全く傷病名の意味をなさない場合がある。

◆傷病名として適切ではない例

- ①その他および部位不明の悪性新生物 (C76)
 - ②その他の脳神経障害 (G52)
 - ③その他の診断名不明な心疾患 (I51.8) 等
 - ④消化器系の悪性腫瘍 →コードが選択出来ない
 - ⑤感染症 →B99 (その他および詳細不明の感染症)
 - ⑥癌 → C80 (部位の明示されない悪性新生物)
- ※以上の他、「○○状態」、「△△治療法」、「透析状態」、「化学療法後」等をそのまま傷病名としている等、傷病名とすることは適切ではない。

3. 傷病名のコーディングにあたっての注意点

(目次)

- 1) 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
- 2) 医療資源傷病名を「疑い」とする場合（診断未確定）への対応
- 3) 医療資源傷病名が「ICD」における複合分類項目に該当する場合
- 4) 病態の続発・後遺症のコーディング
- 5) 急性および慢性の病態のコーディング
- 6) 処置後病態および合併症のコーディング
- 7) 多発病態のコーディング
- 8) その他、コーディングで留意すべきこと

1)

○重要なポイント

- ・ DPC コーディングにおいては、原疾患が判明している場合は、原疾患に基づいてコーディングを行う。
- ・ 治療の対象となった傷病名ではなく、入院時併存症、入院後発症疾患を医療資源傷病名とする場合は、相応の理由が必要であり症状を詳記することが望ましい。

(1) 「心不全」を医療資源傷病名とする場合

- 原疾患として心筋症、心筋梗塞等が明らかな場合は心不全として処理をせず原疾患を医療資源傷病名として選択する。

※最終的に診断がつかない場合も原疾患の鑑別のために同様の検査行為等があった場合は、疑診として選択する。

(2) 「呼吸不全（その他）」を医療資源傷病名する場合

- 「心不全」と同様に、原疾患として肺の悪性新生物や肺炎等が明らかな場合は、原疾患を医療資源傷病名として選択する。例外として、継続した人工換気療法が必要な患者で主に慢性的な呼吸不全に対する検査や治療目的しか行わない場合等がある。

(3) 「手術・処置等の合併症」を医療資源傷病名とする場合

- 手術の有無が問われる分類において、本来の治療となる外科的処置等がないことは、本来はあり得ないことから「手術・処置等の合併症」を医療資源名とする場合は選択した理由等について慎重に確認をすること。

◆「手術・処置等の合併症」を医療資源とする例

- ①入院中に発生した IVH カテーテル先の感染、創部感染等の本来の治療の対象ではない処置に伴う疾患は、原則的に原疾患に優先して、医療資源傷病名になり得ない。ただし、一旦退院後に、当該治療等のために再入院する場合はこの限りではない。
- ②肝癌の拡大切除後等の腹部臓器の手術で皮膚創の離開に対して「縫合不全」や「術創感染」、透析シャントチューブ狭窄の血栓除去目的とした入院で、「手術・処置の合併症」として選択する例もみられるが、その場合、その診療内容が選択した医療資源傷病名として適切とする相応の理由が求められる。

(4)「播種性血管内凝固症候群（以下「DIC」という。）等の入院後発症疾患を医療資源傷病名とする場合

- 医療資源傷病名の選択にあたっては診療内容が医療資源の投入量等の根拠に乏しいものであってはならない。入院後発症名を医療資源傷病名として選択した根拠が必要である。

◆例

- ・ DIC を医療資源傷病名とする場合は、「厚生省特定疾病血液凝固異常症調査研究班の DIC 診断基準」等の診断基準（出血症状の有無、臓器症状の有無、血清 FDP 値、血小板数、血漿フィブリノゲン濃度、プロトロンビン時間比等の検査結果等）に準拠する必要がある。
- ・ 診療行為が一連の診療経過に含まれており、傷病名選択の根拠が診療録に適切に記録されている必要がある。

※参考：重篤副作用疾患別対応マニュアル

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/tp1122-1.html>

(5) ICD コード「症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの（以下「Rコード」という。）」について

- 診断が確定しているにも関わらず漠然とした兆候による傷病名の選択をしてはならない。症状の治療のみでそれ以上の診断がつかないもしくは他に原因疾患がない場合を除いて鼻出血、咯血、出血、等の傷病名を頻用してはならない。部位や病態が確定して特定の治療行為がある場合は R コードを使用しないのが原則である。

R 00	心拍の異常
R 01	心雑音及びその他の心音
R 02	え<壊>疽, 他に分類されないもの
R 03	血圧測定における異常で診断されていないもの
R 04	気道からの出血
R 05	咳
R 06	呼吸の異常
R 07	咽喉痛及び胸痛
R 09	循環器系及び呼吸器系に関するその他の症状及び徴候

R 51	頭痛
R 52	疼痛, 他に分類されないもの
R 53	倦怠(感)及び疲労
R 54	老衰
R 55	失神及び虚脱
R 56	けいれん<痙攣>, 他に分類されないもの
R 57	ショック, 他に分類されないもの
R 58	出血, 他に分類されないもの
R 59	リンパ節腫大

R 10	腹痛及び骨盤痛	R 60	浮腫, 他に分類されないもの
R 11	悪心及び嘔吐	R 61	発汗過多<多汗>(症)
R 12	胸やけ	R 62	身体標準発育不足
R 13	えん<嚔>下障害	R 63	食物及び水分摂取に関する症状及び徴候
R 14	鼓腸及び関連病態	R 64	悪液質
R 15	便失禁	R 68	その他の全身症状及び徴候
R 16	肝腫大及び脾腫, 他に分類されないもの	R 69	原因不明及び詳細不明の疾病
R 17	詳細不明の黄疸	R 70	赤血球沈降速度促進及び血漿粘(稠)度の異常
R 18	腹水	R 71	赤血球の異常
R 19	消化器系及び腹部に関するその他の症状及び徴候	R 72	白血球の異常, 他に分類されないもの
R 20	皮膚感覚障害	R 73	血糖値上昇
R 21	発疹及びその他の非特異性皮疹	R 74	血清酵素値異常
R 22	皮膚及び皮下組織の限局性腫脹, 腫瘍<mass>及び塊<lump>	R 75	ヒト免疫不全ウイルス[H I V]の検査陽性
R 23	その他の皮膚変化	R 76	血清のその他の免疫学的異常所見
R 25	異常不随意運動	R 77	血漿たんぱく<蛋白>のその他の異常
R 26	歩行及び移動の異常	R 78	正常では血中から検出されない薬物及びその他の物質の検出
R 27	その他の協調運動障害	R 79	その他の血液化学的異常所見
R 29	神経系及び筋骨格系に関するその他の症状及び徴候	R 80	単独たんぱく<蛋白>尿
R 30	排尿に関連する疼痛	R 81	糖尿
R 31	詳細不明の血尿	R 82	尿のその他の異常所見
R 32	詳細不明の尿失禁	R 83	脳脊髄液に関する異常所見
R 33	尿閉	R 84	呼吸器及び胸部<郭>からの検体<材料>の異常所見
R 34	無尿及び乏尿<尿量減少>	R 85	消化器及び腹腔からの検体<材料>の異常所見
R 35	多尿	R 86	男性生殖器からの検体<材料>の異常所見
R 36	尿道分泌物	R 87	女性生殖器からの検体<材料>の異常所見
R 39	尿路系に関するその他の症状及び徴候	R 89	その他の臓器, 器官系及び組織からの検体<材料>の異常所見
R 40	傾眠, 昏迷及び昏睡	R 90	中枢神経系の画像診断における異常所見
R 41	認知機能及び自覚に関するその他の症状及び徴候	R 91	肺の画像診断における異常所見
R 42	めまい<眩暈>感及びよろめき感	R 92	乳房の画像診断における異常所見
R 43	嗅覚障害及び味覚障害	R 93	その他の身体構造の画像診断における異常所見
R 44	一般感覚及び知覚に関するその他の症状及び徴候	R 94	機能検査の異常所見
R 45	情緒状態に関する症状及び徴候	R 95	乳幼児突然死症候群
R 46	外観及び行動に関する症状及び徴候	R 96	その他の突然死<急死>, 原因不明
R 47	言語の障害, 他に分類されないもの	R 98	立会者のいない死亡
R 48	読字障害及びその他の表象機能の障害, 他に分類されないもの	R 99	その他の診断名不明確及び原因不明の死亡
R 49	音声の障害		
R 50	不明熱		

図表 8 : 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの (Rコード) の一覧 (※DPC/ PDPS では、一部を除いて使用が禁止されている)

(6) 確定した診断によらず傷病名が選択されていることについて

- 前述 (5) と類似した傷病名の選択であり診断が確定している可能性が高いが、あえて

曖昧な傷病名や兆候等を選択している例がみられる。

◆確定した診断によらず傷病名が選択されている例

- ①「肺真菌症」の場合、主の原因菌はカンジダ、アスペルギルス、クリプトコッカス等によると思われるが、診断がついているにも関わらず当該原因菌による詳細な「肺真菌症」として選択しない場合、菌種が判明している場合は該当する傷病名を選択しなければならない。
- ②原疾患が確定し診療を実施中あえて一部の症状や徴候を傷病名として選択している場合。例えば、悪性腫瘍の化学療法に起因する好中球減少に対して、発熱性好中球減少症として「白血球疾患（その他）」、血小板減少に対して「出血性疾患（その他）」として選択を行うのは適切ではない。

2) 医療資源傷病名を「疑い」とする場合（診断未確定）への対応

○重要なポイント

- ・ 確定診断に至らなくともその診療経過、特に診断のためのプロセスが診療録に記載されていなければならない。その記録は「疑い」傷病名や「R コード」を選択するにあたってその根拠とならなければならない。

- 医療資源傷病名の選択において、確定的な診断が入院期間中になされなかった場合、入院中に症状が消失し確定出来なかった場合、「疑い」傷病名もしくは「R コード」を医療資源傷病名として選択するが「R コード」の選択はあくまでも限定的なものとする。入院中に確定診断がなされなかった場合、主要症状または異常な所見等を主要な傷病名として選択することになる（入院の契機となった傷病名等）。
- 診断が未確定の場合、傷病名選択の根拠として診療録は重要であることから、診療の経過は必ず診療録に記すこと。また、必要に応じて症状を詳記することが求められる。

◆「医療資源傷病名」を「疑い」とする場合の例

発熱にて受診。肺炎を疑い診断のための検査を施行。マイコプラズマ肺炎を強く疑い、当該傷病を対象と考え診療。解熱剤、抗生剤等を投与したところ発熱消失。原因菌確定以前に退院

→入院の契機となった傷病名はマイコプラズマ肺炎（J157）疑い。「医療資源傷病名」は、マイコプラズマ肺炎（J157）疑い。

- 前述のような例外的事例の発生以前に不適切な傷病名の選択や表記が行われている事例も多くみられる。確定した診断によらず、傷病名選択やコーディングへの理解が不十分なこと、確認漏れ等により傷病名の選択を誤ってしまう場合も多い。明らかに不十分な場合や不正確に記録された記録であれば主治医に確認する等の対応が必要となる。

◆ 確定した診断によらず、「医療資源傷病名」を選択した例

- ・入院時に胃癌 (C16.9) 疑い。内視鏡検査の結果、胃体部癌 (C16.2) が判明し診断が確定したが、修正されず、胃癌 (16.9) 疑いのままとなった。

- 次に、「疑い (診断が確定しなかった)」を傷病名として選択することが妥当である場合について例示する。

◆ 「疑い (診断が確定しなかった)」を選択した例

① その他に特記すべき病態がない急性胆嚢炎の「疑い」

「医療資源傷病名」として急性胆嚢炎 (K81.0) を選択する。検査方法が確立していない疾病とは考えにくいので検査結果等、診療内容を確認の上、「疑診」が必要か判断する。

② その他の病態のない重篤な鼻出血

他に特徴的な診断がなされず例外的に「医療資源傷病名」として、鼻出血 (R04.0) を選択する。診療によって特異的な診断の確定が出来なかったとしても、疑われる疾患として選択することが出来ないか、鼻出血を引き起こした原疾患 (外傷、新生物、肝硬変症、血小板減少症、血友病、白血病、悪性貧血、高血圧症等) に対する治療が行われなかったか、等を確認し判断する。

③ 癌患者等におけるターミナル・ケアでの呼吸管理

「Rコード」の使用が制限されているため、該当する癌等の分類を行い癌等に対する治療やその他の傷病に対する治療を含めて総合的に判断する。また、入院時併存症、入院後発症疾患として必要に応じて呼吸管理及び癌等の傷病名を選択する。

④ えん下障害による胃瘻造設

「Rコード」の使用が制限されているため、その状態に至る原因となる病態を「医療資源傷病名」として選択する。「入院時併存症」、「入院後発症疾患」としてえん下障害を選択する。

- Rコードについては、心拍の異常 (R00) からその他の診断名不明および原因不明の死亡 (R99)まで原則として使用することは出来ないが、以下は例外として使用可能である。
 - ※ 鼻出血 (R04.0)、喀血 (R04.2)、気道のその他の部位からの出血 (R04.8)、気道からの出血、詳細不明 (R04.9)、熱性けいれん (R56.0)、限局性発汗過多 (R61.0)、全身性発汗過多 (R61.1)、発汗過多、詳細不明 (R61.9) 及びブドウ糖負荷試験異常 (R73.0)
- また、手術、処置がある場合、通常は他の傷病名で選択される何らかの原因疾患があると考えられる。Rコードが付与される事例の多くは、入院の契機となった傷病名にその徴候等としてRコードを用いた後、必要な修正が行われなかった事例が多いのではないかと考えられる。

◆「Rコード」を用いた後、修正が行われなかった例

- ・ 入院時に喀血 (R04.2)。CT、気管支鏡検査の結果、右下葉に肺癌発見 (C34.3)。ただし、傷病名は修正されず喀血のままとなった。

- また、不確定な診断とは、単なる病態の選択漏れ（診療録への記載漏れ、記載不備等）を想定したものではない。ICD（過去の記録や書類に基づく死因統計）とは異なり、DPCにおいては対象となる患者が院内に現存している（もしくは現存していた）ことが通常であることで、診療録の記載が十分でない場合でも、主治医に確認することで確定できない診断はほとんど発生しないと考えられる。

- 逆に、診療行為から判断して診断が確定したと考えられるケースを例示する。

◆診断が確定し傷病名の修正が必要となる例

- ① 喀血に対して気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープ）を実施。
- ② 右鼻出血症に対して顎関節脱臼非観血的整復術を実施。

3) 医療資源傷病名が「ICD」における複合分類項目に該当する場合

○重要なポイント

- ・ ICDにおける複合分類項目の取扱いはDPCでは採用していない。医療資源の投入量で主たるものを選択する。ただし、その選択については診療録に根拠がなければならない。
- ・ ○○を伴う△△というような分類を選択する場合は、傷病名にその○○を伴うといった情報を含まなければならない。

ICDの分類では、二つの病態または一つの病態とそれに付随する過程とが一つのコードで表すことができる分類項目が用意されている。このようなコードに該当する病態の場合は、どの病態、疾患に最も医療資源が投入されたかが判断の基準となる。

※なお、DPCにおいては、ダブルコーディングのルールは採用しない。

◆ICDで複数分類に該当する場合の例

- ①ダブルコーディングに該当する病名の場合は医療資源の投入量でどちらかを採用する。
※「+：剣印」優先というルールも採用しない。また、ダブルコーディングに関連した+、*印は添付しないこと。
- ②「医療資源傷病名」を選択する場合、その属する分類に所属することがわかるような傷病名を付与すること。
例えば、糖尿病性白内障で白内障の治療が主体の場合は、眼疾患 (H28.0) を選択する。糖尿病性白内障 (E14.3) は誤り。逆に、白内障を伴う2型糖尿病で糖尿病の治療が主体の場合は、代謝内分泌疾患 (E11.3) を選択する。白内障を伴う2型糖尿病 (H28.0) は誤り。

- 以下にその他の複合分類の具体例を示す。このような場合、○○を伴う等の情報が傷病名に含まなければならない。

◆その他の複合分類の具体例

①腎不全、その他の病態：高血圧性腎疾患

高血圧に起因する場合については、「医療資源傷病名」として腎不全を伴う高血圧性腎疾患 (I12.0) を選択する。

②主要病態：眼の炎症に続発する緑内障

「医療資源傷病名」として眼の炎症に続発する緑内障 (H40.4) を選択する。本来の緑内障以前に発症した「他の眼の炎症」、例えばぶどう膜炎等が主たる傷病名になることもあり得るので、その場合は、医療資源の投入量を判断した上で、ぶどう膜炎の病態を「医療資源傷病名」として選択する可能性もある。その他、糖尿病や外傷等によることもあるので注意が必要である。

③腸閉塞、その他の病態：左そけい<単径>ヘルニア

一側性または患側不明のそけい<単径>ヘルニア、閉塞を伴い、え<壊>瘻を伴わないもの (K40.3) を選択する。閉塞を伴わず、左そけい<単径>ヘルニアのみの診断である場合は、一側性または患側不明のそけい<単径>ヘルニア、閉塞またはえ<壊>瘻を伴わないもの (K40.9) を選択することになるが、適切な選択をするために嵌頓や閉塞等の併発がないか確認しなければならない。

④白内障とI型糖尿病 (インスリン依存性糖尿病)、その他の病態：高血圧 (症)

「ICD」では、主要病態として眼科的合併症を伴うI型糖尿病 (インスリン依存性糖尿病：E10.3+) および糖尿病性白内障 (H28.0*) とする「ダブルコーディング」の典型例である。「DPC」で医療資源の投入量で判断することになるが、手術を実施した場合は手術と「医療資源傷病名」との乖離がないことが原則である。

⑤II型糖尿病 (インスリン非依存性糖尿病)、その他の病態：高血圧、関節リウマチ、白内障

前出の④の例と異なり、主要病態として合併症を伴わないII型糖尿病 (インスリン非依存性糖尿病 (E11.9)) を選択した例である。この症例では、糖尿病と白内障に両者の関連はなく (糖尿病性白内障ではない)、独立していることに注意すること。なお、診療録等で関連性の有無について必ず確認を行い、関連性があれば異なる判断をすることになる。例えば、糖尿病と糖尿病性白内障という場合は、前出④の結果となる。

4) 病態の続発・後遺症のコーディング

○重要なポイント

- ・ 当該分類は基本的に既に存在しない病態であるから、この場合は「医療資源傷病名」として選択することは出来ない。また、適切な傷病名の選択には過去の傷病名の転帰を明確にする等の整理が必要となる。

(G09、I69、O97、T90-T98 等) があるが、これらは治療や検査を受けるような現在の同

題の原因として1入院期間の診療についての医療資源の投入量で判断することを前提としている DPC においては既に存在しない病態であるため医療資源傷病名として選択は出来ない。さらに、患者管理に対しても全く影響を与えないのであれば、副傷病名ともなり得ないことになる。

◆……の続発・後遺症例

全く治療の対象となっていない30年前発症の脳梗塞歴を今回の「医療資源傷病名」として選択することは不適切である。ただし、続発・後遺症として影響を与えているような場合は、患者管理への影響を考慮した上で（明らかに影響がある場合には）、必要に応じて「入院時併存症」として追加する。

5) 急性および慢性の病態のコーディング

○重要なポイント

- ・ 傷病に対して、急性、慢性の区別をすることは必須要件であり、その根拠が診療録に記されている必要がある。

○ ICD では、「主要病態が急性（または亜急性）および慢性の両者であると記載され、各々について ICD に複合の項目でない別々の分類項目および細分類項目が用意してある場合は、急性病態に対する分類項目を優先的・主要病態として使用しなければならない」としている。傷病名の選択、コーディングにあたっては、必ず、慢性、急性の記載の有無、診療行為と乖離がないか等を明確にしておく必要がある。

- ◇ 付録として添付している「留意すべき ICD コード」等をも参考に傷病名を付与すること。

◆急性、慢性の病態がある場合の例

① 1 入院期間中に急性胆のう<囊>炎から慢性の胆のう<囊>炎へ移行した場合

- ・急性胆のう<囊>炎 (K81.0) を選択する。慢性胆のう<囊>炎 (K81.1) は、「ICD」のルールでは、任意的追加コードとして使用することができる、主たる傷病名を選択する「DPC」においてはその診療内容や診断基準等によって慎重に判断しなければならない。

② 膵炎 (急性及びその記載がない膵炎である場合 (K85)、アルコール性慢性膵炎 (K86.0)、その他の慢性膵炎 (K86.1))

- ・①と同様の選択をする。1 入院期間で急性から慢性へ移行したという場合は、「急性」を選択する。
- ・ただし、慢性膵炎が再燃し、「急性膵炎診療ガイドライン」(日本脾臓学会) や難病情報センター (公益財団法人難病医学研究所) の慢性膵炎の記述にみられるような場合においては、その診断基準に準拠した該当する病態である場合は、例外的に急性膵炎 (K85) に準じて扱うこととする。

※「慢性膵炎の急性増悪」という傷病名がそのまま「急性膵炎」を意味するわけではない。

③ 主要病態が慢性閉塞性気管支炎の急性増悪という場合

- ・「ICD」には複合のための適当な項目があるので、主要病態として急性増悪を伴う慢性閉塞性肺疾患 (J44.1) を選択することとしている。
- ・前述の①で述べた慢性膵炎の急性増悪と異なり、慢性疾患の急性増悪は「急性」と同様に取り扱うことではないので注意すること。

6) 処置後病態および合併症のコーディング

○重要なポイント

- ・本来の治療目的である「医療資源傷病名」に対して、その治療の結果として後発した傷病名を選択するには明確な根拠が必要である。
- ・明らかな医療資源投入量の差と明確な治療経過の診療録への記載が必要である。

○ ICD では、外科的処置およびその他の処置、たとえば手術創感染症、挿入物の機械的合併症、ショック等に関連する合併症として外科的及び内科的ケアの合併症、他に分類されないもの (T80-T88) と分類されている。この分類を医療資源傷病名として選択する場合は、本来の原疾患に対する外科処置等よりもその合併症に対して医療資源の投入量が明らかに大きいこと、本来の外科処置等は既に終了していること等が条件である。

○ また、同一入院で手術や処置に強く関連した入院後発症疾患の記載は、本来の傷病名と関連しない傷病名との区別がつかないので、傷病名の記載にあたっては、可能なかぎり「術後」又は「処置後」の記載が必要である。

◆外科的処置後、後発症について選択した例

- ①冠動脈大動脈バイパス移植術（CABG）後に手術創が離開した場合は、その医療資源の投入量が明らかに本来の治療よりも大きい場合に限り、手術創の離開、他に分類されないもの（T81.3）を選択する。傷病名は例えば術後手術創離開とする。一旦退院し、創離開治療のために再入院した場合も同様である。
- ②1年前の甲状腺切除術による甲状腺機能低下症については、術後甲状腺機能低下症（E89.0）を選択する。通常、当初の甲状腺切除に直接関連した治療が行われていない場合については、医療資源の投入が存在しない以上、例えば甲状腺切除の原因となった甲状腺癌術後を医療資源傷病名として選択することはない。

7) 多発病態のコーディング

○重要なポイント

- ・ 傷病名の選択においては、少なくとも「ICD」で規定されている部位について詳細に明示する必要がある。
- ・ ただし、「ICD」と異なり「DPC」の場合は治療対象としての部位の確定が出来ることから、多発病態の選択は例外的な取扱いとなる。

な病態があるならば、「多発性損傷」または「多発性挫滅損傷」のような用語を単独で用いる、としている。しかし、DPCでは主要な診療行為について医療資源の投入量で判断し医療資源傷病名としては主要な部位や傷病名を確定した上でICDに対応した主病名を選択すべきである。

- また、多発病態を選択する場合、多発性だと認識出来るように、「多発性」の表記をする必要がある。その一方、個別の部位の選択や単発性における指（趾）の記載については、ICDが求める範囲で解剖学的に確認して必ず必要な部位を記載すべきである。

◆多発病態の例

- ①多発的外傷であるが、治療がその一部の骨折の治療である場合はその部位の骨折が「医療資源傷病名」となる。
- ②診療内容との乖離を防ぐため、傷病名を選択するにあたり診療行為に関連した傷病名が本当に多発的で個々に分類不能であるかということに注意して傷病名選択を行わなければならない。
- ③「ICD」における、多発、多臓器、多部位等という分類は有用ではあるが、「DPC」のように、患者個々に、医療資源の投入量や主要な診療行為が確定出来る場合については、安易にこの分類を選択すべきではない。

8) その他、コーディングで留意すべきこと

- (1) 現在（今回）の入院期間に関連しない以前の入院期間に関連する傷病名は選択しない。

◆現在（今回）の入院期間に関連しない以前の入院期間に関連する傷病名は選択しない例

- ①いわゆるレセプト病名として使用される「〇〇術後」等の傷病名は選択しない。②既に治癒していると判断される疾病、今回の入院で治療対象とならず医療資源の投入や患者管理にも影響を与えない過去の疾病は医療資源傷病名としない。
- ③既に治療が終了している、過去に治療対象となった臓器が既に存在しない疾病（切除後）、診療内容説明のために、手術により切除された等の履歴を残す必要がある疾病は治療対象外であるため医療資源傷病名とはしない。

(2) 疑義のある傷病名の確認義務

- 単なる傷病名、実施した検査や処方箋で判断する等、「与えられた材料」だけで傷病名を選択してはならず、疑義のある傷病名を選択する場合、患者の状態を最も把握している主治医に必ず確認すること。
- ※主治医以外の診療情報管理士等による診療録の確認やコーディングの監査を実施することは、適切な傷病名の選択には有用といえる。
- ※「可能であるならばいつでも、明らかに不十分であるか不正確に記録された主要病態を含む記録は、発生源に戻し明確にするべきである。」(ICD-10 第1巻、4.4.2、「主要病態」および「その他の病態」のコーディングのためのガイドラインより)

(3) 症候群の取り扱い

- 「～症候群」の場合、ICD が定義する症候群以外、特に極めて希な症候群の場合以外は、当該症候群の中で一番医療資源を投入した病態に対する傷病名を選択する。また、必要に応じて症状の詳細を行い当該症候群について記すこと。

(4) 他分野の MDC に共通した ICD 選択の例

①感染症および寄生虫症の続発・後遺症 (B90-B92、 B94)

- 遺残病態の性質が明確な場合、これらの「ICD」は医療資源傷病名として使用しない。遺残病態の性質を明示する必要がある時は、副傷病名として B90-B94 を追加すること。

②新生物

- 新生物は原発、転移に関らず治療の中心となる対象疾患であれば医療資源傷病名として分類する。ただし、原発性新生物が治療後等により長期に存在しない場合（過去の治療で切除されている等）は、現在の治療において治療や検査の中心となった続発部位の新生物、現在の傷病名（1年前の甲状腺切除術による甲状腺機能低下症等）を選択する。
- また、遺残病態として過去の新生物の性質や既往などを明示する必要がある時は医療資源傷病名とせず副傷病名として追加（胃癌の肝臓転移等）すること。

③症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

- 「ICD」では、症状、徴候および異常所見があきらかにケアの経過中に治療または検査された主要病態を指し、医療従事者により記載されたその他の病態と関係が見られ

ない場合以外は主要病態を使用しないこととされている。原則として、傷病名が確定しない、それ以外に分類できない場合の選択に限る。当初に診断が確定しない場合であっても、何れかの診断が確定しそれに基づいて治療行為が行うことから主治医への確認を必ず行うこと。また、傷病名が確定しているにも関わらずあえて曖昧な「ICD」を選択しないこと。

④ 損傷、中毒およびその他の外因の影響

- 「DPC」では原則として治療対象として対象となった病態、部位を主要病態に医療資源傷病名として選択する。その他は、副傷病名として扱う。

⑤ その他、希な傷病名の選択や分類をせざるを得ない場合の注意点

- 「DPC」や「ICD」は、「分類」であり、患者の各々の傷病名がどの範囲で分類出来るのかというルール（構造）となっている。
- したがって、稀に想定していない患者の病態が出現することは起こりえる。その場合、当該傷病名を選択し ICD の選択をするにはそれ相応の理由が必要である。診療録に適切に記すことと同時に、レセプトの場合は症状詳記やレセプト適応欄にコメントすることになる。

Ⅲ.付録：資料集

※「詳細不明・部位不明コード」とは

- 傷病名の確定に至らず改善することや、必要な検査を実施しても明確な結果が得られないことがある。また、保険診療の範囲では確実な傷病名の確定に至るとは限らず分類の選択が不可能な場合もあることから、「詳細不明・部位不明」分類が設定されている。
- ただし、ICD の日本語版と原典（英語版）では表現が異なっている。
- したがって、「部位不明、詳細不明」とは、臨床現場における診断の不明ではなく、記録としてそれ以上の必要な傷病に関する情報が存在しないもしくはそれ以上のことがわからないことである。
- 例えば、死亡診断書から傷病名の分類を行う場合、第三者的に判断した時に記録として必要な傷病に関する情報が死亡診断書に記されていない場合があり、そのような場合に限り「部位不明、詳細不明」等の曖昧な「その他」、「分類不可」もしくは「例外」的な分類が存在する。
- したがって、このような ICD を選択する時は、第三者的に判断ができない場合の例外であり、臨床現場で確認が出来る場合には、不明確な ICD の選択が頻回に発生するとは考えにくい。
- このような ICD の選択が結果として頻回に発生する場合は、その多くは診療録の記載不備、主治医や執刀医への確認が不十分であり確認する必要がある。

【DPC 上 6 桁別 注意すべきコーディングの事例集】

DPC 上 6 桁	名称	事例	対応
010040	非外傷性頭蓋内血腫 (非外傷性硬膜下血腫以外)	脳内出血に伴って片麻痺がある場合	原疾患の脳内出血 (I61.0) を選択し、副傷病名は麻痺に関連する傷病名となる。
010060	脳梗塞	リハビリ治療のための入院の場合 <3 年前に脳梗塞があり、左下腿麻痺の場合>	リハビリ目的の場合は下腿麻痺 (G83.1) を選択するが、陳旧性脳梗塞があり合併症としての意味があることから、脳梗塞の続発・後遺症 (I69.3) を選択する。
010070	脳血管障害 (その他)	出血または梗塞と明示されていない場合 <弛緩性片麻痺を伴う脳血管発作>	脳血管発作 (I64) を選択し、副傷病名は弛緩性片麻痺 (G81.0) となる。合併症もあるため片麻痺に該当する副傷病名は必須である。
010080	脳脊髄の感染を伴う炎症	脳膿瘍の治療が行われた場合 <陳旧性脳膿瘍による症候性てんかん>	陳旧性脳膿瘍 (G09) を選択し、症候性てんかん (G40.8) は副傷病名となる。
010230	てんかん	脳膿瘍の治療が行われず、てんかんの治療のみ行われた場合 <陳旧性脳膿瘍による症候性てんかん>	症候性てんかん (G40.8) を選択し、副傷病名に頭蓋内膿瘍後遺症 (G09) または中枢系の炎症性疾患後遺症 (G09) を入れる。
020110	白内障、水晶体の疾患	糖尿病性白内障	白内障の治療が主体の場合には、眼疾患の糖尿病性白内障 (H28.0) を選択する。しかし、糖尿病の治療が主体の場合は内分泌疾患 (E349) を選択する。
030380	鼻出血	鼻出血	鼻出血 (R04.0) は R コードのため注意が必要。他に特徴的な診断がない場合は医療資源病名は鼻出血 (R04.0) を選択するが、それ以外に鼻出血を引き起こした原疾患 (外傷、新生物、肝硬変症、血小板減少症、血友病、白血病、悪性貧血、高血圧等) に対する治療が行われなかったか等を確認し判断する必要がある。
040040	肺の悪性腫瘍	乳癌の治療が何も行われない場合 <2 年前乳癌切除、肺の続発性癌 (腫)、気管支鏡による生検を施行した場合>	転移性肺癌 (C78.0) を選択する。
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	自院にて 5 年前から肝臓癌の診断治療、その後も自院外来通院中。今回はその過程で肺炎球菌性肺炎を発症し入院治療。肝臓癌の管理をしつつ抗生剤投与、退院。	病態が複数ある場合には、「もっとも医療資源が使われた病態」を選択すべきである。この場合は、医療資源病名は肺炎球菌性肺炎 (J13) を選択し、入院時併存症は肝臓癌 (C22.0) とする。

040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	急性呼吸不全、肺炎がある場合	呼吸不全は原因になった傷病名とともに使う状態名であり原疾患の治療が行われているはずであるため医療資源病名として選択しない。医療資源病名は肺炎 (J18.9)となる。肺炎菌が判明している場合はその病原菌が該当する ICD コードを選択する。
040120	慢性閉塞性肺疾患	慢性呼吸不全、汎小葉性肺気腫がある場合	呼吸不全は原因になった病名とともに使う状態名であり原疾患の治療が行われているはずであるため医療資源病名としては選択しない。医療資源病名は汎小葉性肺気腫 (J43.1) である。
040130	呼吸不全 (その他)	呼吸不全がある場合	呼吸不全は原因になった傷病名とともに使う状態名であり原因疾患がはっきりしている場合は「呼吸不全 (その他)」は選択しない。
050030	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	急性心筋梗塞 (前壁中隔)、急性心不全がある場合	急性心筋梗塞に伴う心不全は急性心不全である。主な治療は急性心筋梗塞に対して行われるため医療資源病名は急性前壁中隔心筋梗塞 (I21.0)を選択する。
050060	心筋症	心筋症、慢性心不全がある場合	心筋症に伴う心不全は慢性心不全である。末期症状として慢性心不全があるが、医療資源病名は原疾患のそれぞれの型を明確にした心筋症を選択する。
050130	心不全	心不全を医療資源病名とする場合	原因疾患がはっきりしている場合は心不全は選択しない。
060020	胃の悪性腫瘍	胃癌の場合	胃癌は検査・手術により解剖学的部位を明確にできるため、詳細部位の把握とその詳細な情報を傷病名の表記に含む必要がある。噴門部癌 (C16.0)、胃底部癌 (C16.1)、胃体部癌 (C16.2)、胃幽門前庭部癌 (C16.3)、胃幽門部癌 (C16.4)、胃小弯部癌 (C16.5)、胃大弯部癌 (C16.6)のように表記する。癌が体部から幽門前庭部に広がっており、どちらに主な腫瘍があるか不明な場合には、胃の境界部病巣 (C16.8)を使用してもよい。胃癌 (C16.9)は不適切なコードである。
060035	大腸 (上行結腸からS状結腸) の悪性腫瘍	大腸癌にS状結腸切除術を施行した場合	手術術式によりS状結腸が確認できるので、S状結腸癌 (C18.7)となる。結腸は上行結18.腸癌 (C18.2)、横行結腸癌 (C18.4)、下行結腸癌 (18.6)、S状結腸癌 (C18.7)と部位ごとにコードが異なるため明確にするべきである。結腸癌 (C18.9)は不適切なコードである。

100060	1型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	・型が判明できない場合	糖尿病は最初に型を分類し、治療内容に 応じて医療資源病名を選択する。
100070	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	・糖尿病性多発合併症がある 場合	糖尿病性多発合併症は、腎合併症、眼合 併症、神経(学的)合併症、末梢神経合 併症など糖尿病により起こっているも のを指し、それらが複数ある場合に4桁 目に「.7」を使用する。
100080	その他の糖尿病(糖尿 病性ケトアシドーシ スを除く。)	・2型糖尿病性糸球体ネフロ ーゼによる腎不全の場合	詳細不明である糖尿病(E14)を選択す る可能性がある場合は主治医に確認す る。
100335	代謝障害(その他)	低アルブミン症	消耗性疾患でアルブミンを投与した場 合は選択せず、原因疾患を選択する。
110080	前立腺の悪性腫瘍	慢性気管支炎を伴って前立腺 摘出術を実施した場合	主たる治療内容より、前立腺癌(C61) を医療資源病名し、副傷病名は慢性気管 支炎となる。
110280	慢性腎炎症候群・慢性 間質性腎炎・慢性腎不 全	IgA腎症合併妊娠の場合 内 科的治療の場合	反復性及び持続性血尿(N02.8)を選択 する。
120182	前置胎盤および低置 胎盤	前置胎盤のために帝王切開分 娩を施行した場合	医療資源病名は前置胎盤(O441)とな るが、出血の有無によりコードは異な る。帝王切開分娩は副傷病名の入院後 発症疾患となる。
120260	分娩の異常	帝王切開分娩、鉗子分娩、吸 引分娩の場合	帝王切開分娩等の分娩方法を実施す る場合は原因となる傷病名があるため、分 娩方法は医療資源病名にはならない。こ れらの分娩方法は、副傷病名として入院 後発症疾患となる。
120270	産褥期を中心とする その他の疾患	IgA腎症合併妊娠の場合 産 科的治療の場合	その他の異常所見、母体の分娩前スクリ ーニングにおけるもの(O28.8)を選択 する。
130010	急性白血病	不明熱で入院し、各種検査の 結果、急性骨髄性白血病と診 断された場合	種々の検査で傷病名が確定した場合、診 断を確定するに至った検査等が医療資 源病名となる。この場合には急性骨髄性 白血病(C92.0)となる。
130070	白血球疾患(その他)	好中球減少症の場合	GCSF等を皮下注した場合の「好中球減 少症」や、がん化学療法に伴う「発熱性 好中球減少症」は、原疾患が確定し一連 の診療を実施している中の事象のため、 医療資源病名に選択しない。
130090	貧血(その他)	貧血の場合	原因の明確な出血で輸血をしている場 合は選択しない。原因疾患を選択する。

130100	播種性血管内凝固症候群	播種性血管内凝固症候群 (DIC) の場合	DIC を医療資源病名とする場合は、DIC 診断基準に準拠する必要がある。通常は診療行為が一連の診療経過に含まれており、傷病名選択の根拠が主治医により診療録に適正に記録されている必要がある。
130110	出血性疾患 (その他)	血小板減少症の場合	癌の化学療法中に血小板輸血をした場合は選択しない。原疾患の癌を選択する。
140010	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害	慢性 C 型肝炎母体児の場合	母体に問題があった新生児又は胎児には、母体の問題を明らかにした上で、～母胎児 (P00～P05) を選択する。この場合は母体の疾患は医療資源病名にはならない。
160980	骨盤損傷	膀胱および尿道の損傷の場合	医療資源病名としては骨盤臓器の多発性損傷 (S37.7) を優先し、副傷病名は膀胱損傷 (S37.2) および尿道損傷 (S37.3) となる。しかし、医療資源の投入量で判断ができる場合には「もっとも医療資源が使われた病態」を選択する。
170040	気分 [感情] 障害	うつ病に伴う胃体部癌の場合 うつ病のみの治療	一般病棟において、うつ病のみの治療が行われた場合はうつ病が医療資源病名となる。しかし、胃体部癌等の治療が主体である場合には、うつ病は副傷病名となる。
180035	その他の真菌感染症	肺真菌症	肺真菌症の多くはカンジダ、アスペルギルス、クリプトコッカス、ムコール等によると思われる。菌腫が判明している場合は、該当する原因菌のコードを選択する。
180040	手術・処置等の合併症	カテーテル先感染症、創部感染、縫合不全等の場合	入院中に発症した術後感染等、本来の治療対象ではない処置に伴う疾患は原則的に原疾患に優先して医療資源病名にならない。ただし、退院後に当該治療のために再入院する場合はこの限りではない。
180050	その他の悪性腫瘍	癌の場合	医療資源病名として癌 (C80) は不適切である。傷病名を明確にし治療や検査の主体となった部位を選択する。
180050	その他の悪性腫瘍	カルチノイド	カルチノイドのような曖昧な傷病名は不正確なコードの部位の明示されない悪性新生物 (C80) となる。カルチノイドも解剖学的部位を明確にする必要がある。カルチノイド症候群 (E34.0) は全く異なる。

180050	その他の悪性腫瘍	同時性重複癌（多重癌）の場合	2つ以上の原発性の癌がある場合で、どちらが主要ともいえない場合に使用する（C97）。しかし、医療資源投入量で判断可能である、もしくは治療の対象が限定される場合には個々に判断する。
MDC16	160100～160870の各部位の損傷の骨折に該当する部分	骨折について	骨折は開放性骨折、閉鎖性（非開放性）骨折を区別する。また部位を明確にしてSコードで分類する。

DPC/ PDPS 傷病名コーディングテキスト
平成 26 年〇月〇日作成 (第 1 版)

厚生労働省 保険局医療課
包括医療推進係