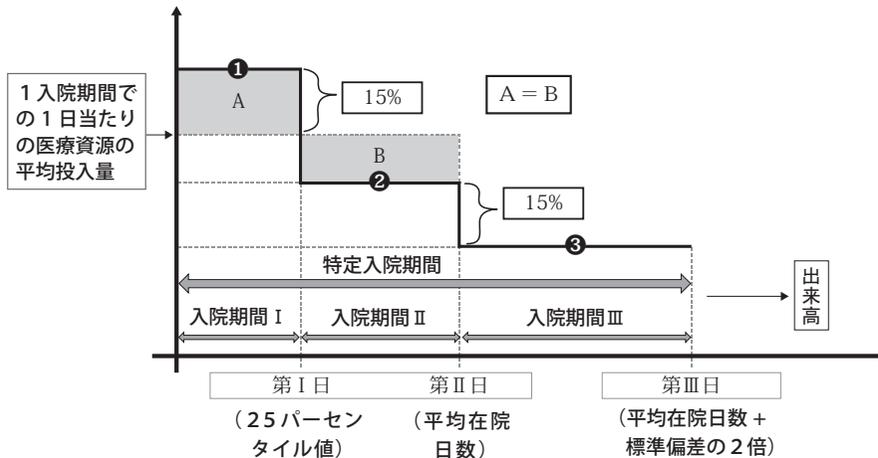


DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）改定の概要

点数改定後のDPCの概要

- (1) DPCは、次に掲げるDPC準備病院の基準を2年間満した上で、厚生労働大臣が参加を認めた「DPC対象病院」において、504疾患2,309の診断群分類に該当する患者に算定する診療報酬であり、2014年4月現在1,585病院約49万床が対象である。
- ア 診療録管理体制加算を届け出て、年2回以上コーディング委員会を開催している7対1又は10対1入院基本料算定病院。
- イ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータ提出及び「DPC導入の影響評価に係る調査」に対応できる。
- (2) DPCの診療報酬は、「診断群分類毎に設定された包括評価による額」＋「出来高算定できる点数」＋「入院時食事療養」により算定する。
- ア 診断群分類毎に設定された包括評価（入院基本料、投薬、注射、1000点未満の処置等）の額は、「診断群分類毎の1日当り点数」×「医療機関別係数」×「入院日数」×「10円」による算出する。したがって、同じ診断群分類であっても病院ごとに算定点数が異なる。
- イ 「診断群分類毎の1日当り点数」は、診断群分類ごとに入院日数に応じて3段階で設定されており、通常の場合の設定は次の通り。なお、下記以外に入院初期の医療資源投入量が多い場合と少ない場合、高額薬剤等に係る場合の3つの点数設定パターンもある。
- ① 診断群分類毎に、平均在院日数の短い方から上位25%の患者が含まれるように設定した「25パーセンタイル値」まで（入院期間Ⅰ）は、診断群分類毎の1日あたりの医療資源の平均的な投入量に15%上乗せした点数。（①）
 - ② 25パーセンタイル値を超えて平均在院日数まで（入院期間Ⅱ）は、診断群分類毎の1日あたりの医療資源の平均的な投入量から、①で上乗せした点数（図のA部分）を減算（図のB部分）した点数。（②）
 - ③ 平均在院日数を超えて平均在院日数＋標準偏差の2倍まで（入院期間Ⅲ）は、②から更に15%を減算した点数。（③）
 - ④ 平均在院日数＋標準偏差の2倍（入院期間Ⅲ）を超えた期間は、出来高算定。



- ウ 「医療機関別係数」は、「基礎係数」＋「暫定調整係数」＋「機能評価係数Ⅰ」＋「機能評価係数Ⅱ」により設定される。
- ① 「基礎係数」は、Ⅰ群（大学病院本院群）、Ⅱ群（特定機能病院及びそれに準じる病院）、Ⅲ群（その他の病院）の3区分で設定される。
 - ② 「暫定調整係数」は、病院毎に係数が異なる。
 - ③ 「機能評価係数Ⅰ」は、入院基本料や一定の範囲の入院基本料等加算毎に係数が定められている。
 - ④ 「機能評価係数Ⅱ」は、データ提出、効率性、複雑性、カバー率、地域医療、救急医療別で、かつ、病院毎に係数が異なる。

エ 午前中の退院が90%以上の病院、及び金曜日入院・月曜日退院の割合が40%以上の病院は、退院の日の診断群分類点数から病棟種別に応じて47点～127点が減算される。
オ 出来高算定できる点数のうち、特定入院料はDPC対象病院独自に定められた点数を加算する。その他の点数は、医科点数表により算定する。

- (3) 診断群分類に該当しない患者や、診断群分類には該当するが、入院期間Ⅲを超えた期間の医療費、その他別に厚生労働大臣が定める患者は、DPCによらず、出来高請求を行う。
- (4) DPC入院中の患者が対診又は他医療機関に受診した場合の費用は、合議によってDPC算定病院が他医療機関に支払い、包括対象外部分はDPC算定病院が保険請求をする。

DPCに関する告示・通知は、厚生労働省の下記ホームページを参照されたい。

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken15/index.html

1. 診断群分類

- (1) 診断群分類について、傷病名の統合・分割、副傷病による分岐の精緻化等が行われ、診断群分類は516疾患2,927（うち包括対象2,241）分類から、504疾患2,873（うち包括対象2,309）分類となった。
- (2) 出来高報酬における入院料、薬価等の消費税増税対応及び通常改定を踏まえ、医療機関別係数の計算及び診断群分類点数表が改定された。

2. DPC対象病院の要件

- (1) DPC病院Ⅲ群においても、外来診療に係わるデータの提出が必須化された。
- (2) DPC対象病院として望ましい基準として、①救急医療管理加算の届け出、②コーディング委員会の毎月の開催が示された。
- (3) 下記に掲げるDPC準備病院の基準を2年間満たした上で厚生労働大臣が参加を認めることに変更はない。なお、新たにDPC準備病院を募集する場合、募集期間等については、中央社会保険医療協議会の了承を得た上で、厚生労働省ホームページにおいて周知が行われる。
ア A207診療録管理体制加算を届け出て、コーディング委員会を年2回以上開催（前回開催から半年以内に開催）している7対1又は10対1入院基本料算定病院（A100一般病棟、A104特定機能病院の一般病棟、A105専門病院に限る）。
イ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータ提出及び「DPC導入の影響評価に係わる調査」に対応できる。
ウ 調査期間において、退院した患者数を一般病棟の病床数で除した一月当たりの値が0.875以上である。
- (4) DPC対象病院の合併又は分割の取り扱いが示された（省略）。

3. DPC算定対象外となる患者

- (1) DPC算定対象病棟入院患者であっても、診断群分類点数表によらず、通常の診療報酬（医科点数表に基づいた点数）を算定する対象に次の患者が加えられた。
ア A308-3地域包括ケア病棟入院料を算定する患者（ただし、直前にDPC算定病床に入院してから一般病棟であるA308-3地域包括ケア入院医療管理料に転床した場合は、入院日Ⅲまでの期間は、DPCで算定する）

- イ 短期滞在手術等入院基本料 3 を算定する患者
- (2) 医科点数表で削除された A308-2 亜急性期入院医療管理料を算定する患者は対象から除かれた (2014年 9月30日まで経過措置)。
- (3) 通常の診療報酬を算定する「その他厚生労働大臣が別に定める者」について、次の改定が行われた。
- ア 「検査、画像診断、処置又は手術を受ける患者」は、新規保険適用の技術が該当し、全て更新された。
- イ 別に厚生労働大臣が定める薬剤について変更があった。
- ウ 短期滞在手術等基本料 3 がその他厚生労働大臣が別に定める者に追加された。

DPC 対象病棟入院患者であっても、DPC によらず通常の診療報酬を算定する患者

- (1) 「診断群分類」に該当しない患者
- (2) 「診断群分類」に該当するが、診断群分類毎の平均在院日数+標準偏差の 2 倍 (入院期間Ⅲ) を超えて入院する患者 (ただし、悪性腫瘍患者等であって化学療法等に関する診断群分類区分の入院期間Ⅲまでに化学療法等が実施されないものについては、抗悪性腫瘍剤等の薬剤を算定できない)
- (3) 当該病院に入院した後、24時間以内に死亡した患者又は生後 1 週間以内に死亡した新生児
- (4) 「評価療養 (ア. 先進医療、イ. 医薬品治験、ウ. 医療機器治験、エ. 薬価未収載薬事法承認医薬品、オ. 保険未適用薬事法承認医療機器、カ. 薬事法承認を異なる用法用量等の薬剤投与、キ. 薬事法承認と異なる医療機器の使用)」を受ける患者
- (5) 下記に掲げる臓器移植術を受ける患者
- ・ K014-2 皮膚移植術 (生体・培養)
 - ・ K514-4 同種死体肺移植術
 - ・ K605-2 同種心移植術
 - ・ K697-5 生体部分肝移植術
 - ・ K709-3 同種死体膵移植術
 - ・ K780 同種死体腎移植術
 - ・ K922 造血幹細胞移植
 - ・ K014-2 皮膚移植術 (死体)
 - ・ K514-6 生体部分肺移植術
 - ・ K605-4 同種心肺移植術
 - ・ K697-7 同種死体肝移植術
 - ・ K709-5 同種死体膵腎移植術
 - ・ K780-2 生体腎移植術
- (6) 下記の点数を算定する患者
- ・ A106 障害者施設等入院基本料
 - ・ A306 特殊疾患入院医療管理料
 - ・ A308 回復期リハビリテーション病棟入院料 (※1)
 - ・ A308-2 亜急性期入院医療管理料 (2014年9月30日まで経過措置)
 - ・ A308-3 地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料 (地域包括ケア病棟入院料を算定する前に当該病院の一般病棟に入院していた患者は DPC 対象となる。ただし (6) の A106 ~ A400 を算定した場合は、DPC 対象外)) (※ 2)
 - ・ A309 特殊疾患病棟入院料
 - ・ A310 緩和ケア病棟入院料 (※1)
 - ・ A400 短期滞在手術等基本料 (1、2) (※3)
- ※ 1 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料、A308-2 亜急性期入院医療管理料 (2014年 9月30日まで経過措置)、A310 緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院しているが当該入院料の算定対象外である患者についても、通常の診療報酬を算定する。
- ※ 2 地域包括ケア病棟のうち、一般病棟の地域包括ケア入院医療管理料に DPC 算定病床から転床した場合は、特定入院期間中については DPC 包括算定を継続する。
- ※ 3 短期滞在手術等基本料 3 は、(7)の別に厚生労働大臣が定める者のウとして追加された。

(7) その他厚生労働大臣が別に定める者

ア 次に掲げる検査、画像診断、処置又は手術を受ける患者

- ・K190-6 仙骨神経刺激装置植込術
- ・K190-7 仙骨神経刺激装置交換術
- ・K260-2 羊膜移植術
- ・K281-2 網膜再建術
- ・K328-2 植込型骨導補聴器移植術
- ・K328-3 植込型骨導補聴器交換術
- ・K340-7 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）
- ・K476-4 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）
- ・K509-4 気管支瘻孔閉鎖術
- ・K555-2 経皮的大動脈弁置換術
- ・K562-2 胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術
- ・K617-5 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術
- ・K656-2 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）
- ・K699-2 体外衝撃波膀胱石破碎術（一連につき）
- ・K699-2体外衝撃波膀胱石破碎術（一連につき） 注に規定する内視鏡的膀胱除去加算
- ・K879-2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）
- ・K910-3 胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）

イ 別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与される患者（厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件（告示）平成26年厚生労働省告示第89号 別表1（下記アドレスの4～9頁）に掲げる薬剤に限る）

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000040795.pdf>

ウ 短期滞在手術等基本料3に該当する手術・検査が入院日から5日以内に実施される患者（上記厚生労働省告示第89号 別表2（上記アドレスの10～11頁）に掲げる診断群分類番号に係るものに限る）

(8) 医療法の人員標準に対して70/100以下の医療機関 医療法の人員標準に対して70/100以下の医療機関は、医科点数表若しくは歯科点数表、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準又は保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法により算定する（具体的には、DPCではなく、出来高で標欠病院の診療報酬を算定する）。

※ 主たる保険が労災又は公災の適用患者は包括評価の対象外となる。

※ 交通事故による患者も、医療保険が適用される場合には包括評価の対象となる。

4. 「調整係数」から、「暫定調整係数」への更なる置き換え

- (1) 前年度の収入を保証するため、病院別に定められていた調整係数のうち、50%が機能評価係数Ⅱに置き換えられた。
- (2) これまでの調整係数の50%が基礎係数+暫定調整係数とされた。暫定調整係数は、病院別に告示される。
- (3) 2016年改定で、暫定調整係数の75%が病院群の基礎係数及び機能評価係数Ⅱに置き換えられ、2018年改定で残りのすべてが病院群の基礎係数及び機能評価係数Ⅱに置き換えられて、廃止される予定である。

5. 「機能評価係数Ⅰ」の見直し

- (1) 「患者サポート体制充実加算」機能評価係数Ⅰの対象から外され、出来高算定対象となった。
- (2) 総合入院体制加算1、診療録管理体制加算1、医師事務作業補助体制加算1、夜間25対1急性期看護補助体制加算、月平均夜勤時間超過減算、栄養管理体制未整備減算等が機能評価係数

I の対象に追加された。

(3) データ提出加算の算定には、全病棟のデータ提出が必要となる。

(4) その他、医科点数表改定を反映して、機能評価係数 I が改定された。

ア 次の点数を届け出た場合は、機能評価係数 I として、加算係数を算定する。

機能評価係数 I								
		特定機能病院		専門病院		一般病院		
		旧係数	新係数	旧係数	新係数	旧係数	新係数	
7 対 1 入院基本料		0.1707	0.1734	0.1182	0.1181	0.1006	0.1007	
10 対 1 入院基本料		0.0701	0.0723	0.0175	0.0174	—	—	
A200 総合入院体制加算	1	—	—	—	—	(新設)	0.0574	
	2	—	—	—	—	0.0291	0.0287	
A204 地域医療支援病院入院診療加算 1		—	—	—	—	0.0277	0.0266	
A204-2 臨床研修病院入院診療加算	基幹型	0.0012	0.0012	0.0012	0.0012	0.0012	0.0012	
	協力型	0.0006	0.0006	0.0006	0.0006	0.0006	0.0006	
A 207 診療録管理体制加算	1	(新設)	0.0027	(新設)	0.0027	(新設)	0.0027	
	2	0.0008	0.0008	0.0008	0.0008	0.0008	0.0008	
A207-2 医師事務作業補助体制加算	1	15 対 1	—	—	—	0.0261	0.0261	
		20 対 1	—	—	—	0.0197	0.0197	
		25 対 1	—	—	—	0.0158	0.0158	
		30 対 1	—	—	—	0.0132	0.0132	
		40 対 1	—	—	—	0.0106	0.0106	
		50 対 1	—	—	—	0.0082	0.0082	
		75 対 1	—	—	—	0.0058	0.0058	
	2	100 対 1	—	—	—	0.0043	0.0043	
		15 対 1	—	—	0.0253	0.0246	0.0253	0.0246
		20 対 1	—	—	0.0190	0.0185	0.0190	0.0185
		25 対 1	—	—	0.0153	0.0149	0.0153	0.0149
		30 対 1	—	—	0.0128	0.0125	0.0128	0.0125
		40 対 1	—	—	0.0103	0.0100	0.0103	0.0100
		50 対 1	—	—	0.0080	0.0077	0.0080	0.0077
75 対 1	—	—	0.0056	0.0055	0.0056	0.0055		
100 対 1	—	—	0.0043	0.0042	0.0043	0.0042		
A207-3 急性期看護補助体制加算	25 対 1 (5 割以上)	0.0387	0.00383	0.0387	0.0383	0.0387	0.0383	
	25 対 1 (5 割未満)	0.0339	0.0335	0.0339	0.0335	0.0339	0.0335	
	50 対 1	0.0291	0.0287	0.0291	0.0287	0.0291	0.0287	
	75 対 1	0.0194	0.0191	0.0194	0.0191	0.0194	0.0191	
	夜間 25 対 1	(新設)	0.0084	(新設)	0.0084	(新設)	0.0084	
	夜間 50 対 1	0.0024	0.0060	0.0024	0.0060	0.0024	0.0060	
	夜間 100 対 1	0.0012	0.0036	0.0012	0.0036	0.0012	0.0036	

A207-4看護職員夜間配置加算		0.0121	0.0120	0.0121	0.0120	0.0121	0.0120	
A 214看護補助加算	1	—	—	0.0404	0.0396	0.0404	0.0396	
	2	—	—	0.0311	0.0305	0.0311	0.0305	
	3	—	—	0.0207	0.0203	0.0207	0.0203	
A 218地域加算	1 級地	0.0071	0.0070	0.0071	0.0070	0.0071	0.0070	
	2 級地	0.0059	0.0058	0.0059	0.0058	0.0059	0.0058	
	3 級地	0.0047	0.0047	0.0047	0.0047	0.0047	0.0047	
	4 級地	0.0039	0.0039	0.0039	0.0039	0.0039	0.0039	
	5 級地	0.0024	0.0023	0.0024	0.0023	0.0024	0.0023	
	6 級地	0.0012	0.0012	0.0012	0.0012	0.0012	0.0012	
A218-2離島加算		0.0071	0.0070	0.0071	0.0070	0.0071	0.0070	
A234医療安全対策加算	1	0.0027	0.0026	0.0027	0.0026	0.0027	0.0026	
	2	0.0011	0.0011	0.0011	0.0011	0.0011	0.0011	
A234-2感染防止対策加算	1	0.0125	0.0121	0.0125	0.0121	0.0125	0.0121	
	2	0.0031	0.0030	0.0031	0.0030	0.0031	0.0030	
	地域連携加算	0.0031	0.0030	0.0031	0.0030	0.0031	0.0030	
A234-3患者サポート体制充実加算		0.0022	出来高へ	0.0022	出来高へ	0.0022	出来高へ	
A244病棟薬剤業務実施加算		0.0067	0.0064	0.0067	0.0064	0.0067	0.0064	
A245データ提出加算	1	イ (200床以上)	0.0031	0.0030	0.0031	0.0030	0.0031	0.0030
		ロ (200床未満)	0.0047	0.0046	0.0047	0.0046	0.0047	0.0046
	2	イ (200床以上)	0.0034	0.0033	0.0034	0.0033	0.0034	0.0033
		ロ (200床未満)	0.0050	0.0049	0.0050	0.0049	0.0050	0.0049
D026検体検査管理加算	I	0.0010	0.0010	0.0010	0.0010	0.0010	0.0010	
	II	0.0024	0.0025	0.0024	0.0025	0.0024	0.0025	
	III	0.0071	0.0075	0.0071	0.0075	0.0071	0.0075	
	IV	0.0119	0.0124	0.0119	0.0124	0.0119	0.0124	

イ 次に該当する場合は、機能評価係数として、減算係数を算定する。

機能強化係数 I						
	特定機能病院		専門病院		一般病院	
	旧係数	新係数	旧係数	新係数	旧係数	新係数
7 対 1 入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					▲0.0689	▲0.0229
10 対 1 入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					▲0.1494	▲0.1034
13 対 1 入院基本料			▲0.0645	▲0.0646	▲0.0821	▲0.0820
13 対 1 入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					(新設)	▲0.1691
15 対 1 入院基本料					▲0.1444	▲0.1446
15 対 1 入院基本料の月平均夜勤時間超過減算					(新設)	▲0.2193
特別入院基本料					▲0.3329	▲0.3330
栄養管理体制未実施減算	(新設)	▲0.0156	(新設)	▲0.0156	(新設)	▲0.0156

6. 「機能評価係数Ⅱ」の見直し

- (1) 調整部分の50%が「機能評価係数Ⅱ」に置き換えられた。
- (2) 6つの指数のうち、データ提出指数が保険診療指数に変更されるとともに、救急医療指数、地域医療指数の評価方法が変更され、後発医薬品指数が新設されて指数は7つとなった。

ア 保険診療指数（旧：データ提出指数）

- ① データ提出指数から保険診療指数に改称された。
- ② DPC データの記載矛盾、レセプトの未コード化傷病名の使用率、適切な保険診療の普及のための取組に関する評価項目が追加された。

評価の概要	<p>1点から下記を減算又は加算</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 部位不明・詳細不明コード割合20%以上は、1年間0.05点減 ② DPC データ全件に占める様式間の記載矛盾割合が1%以上の場合、0.05点減 ③ 入院医療分レセプトに記載された傷病名数のうち、未コード化傷病名の割合が20%以上は、0.05点減 ④ I群病院において規定の手順で指導医療官を一定期間派遣した場合、0.05点加算
-------	---

イ 効率性指数（変更なし）

評価の概要	全DPC対象病院の平均在院日数÷当該病院の患者構成が全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数
-------	---

ウ 複雑性指数（変更なし）

評価の概要	当該病院の入院当たり包括範囲出来高点数を、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き換えた点数÷全病院の平均入院当たり包括点数
-------	--

エ カバー率指数（変更なし）

評価の概要	当該病院で一定症例数以上算定している診断群分類数÷全診断群分類数
-------	----------------------------------

オ 救急医療指数

重症な患者が算定する入院料等を算定する患者が評価対象とされた。

評価の概要	<p>1症例当たり、以下の患者について、入院後2日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和</p> <ol style="list-style-type: none"> ① A205救急医療管理加算届出病院 「救急医療入院」かつ、以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・A205救急医療管理加算、A300救命救急入料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 ② A205救急医療管理加算を届け出していない施設 「救急医療入院」の患者
-------	---

カ 地域医療指数

- ① 体制評価指数の対象に、「急性心筋梗塞の24時間診療体制の実績」、「精神科合併症の受け入れ体制」が追加され、12項目となった。なお、Ⅲ群の上限ポイントが7ポイントから8ポイント（Ⅰ・Ⅱ群は10ポイント）に変更された。
- ② 体制評価指数のうち、災害時における医療の評価について、新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関の指定の評価について2015年度以降に導入することを2014年度以降検討することとしている。
- ③ 体制評価指数のうち、がん拠点病院の対象に、小児がん拠点病院を追加する。
- ④ 地域医療指数の評価割合

地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア
(1) 体制評価指数（ポイント制、12項目、Ⅲ群上限 8 ポイント）		2 分の 1
(2) 定量評価指数	①15歳未満	4 分の 1
	②15歳以上	4 分の 1

⑤ 「定量評価指数」は、15歳未満と15歳以上で、下記の計算により、それぞれ評価を行う。

$$\text{定量評価指数} = \frac{\text{当該病院の所属 2 次医療圏における担当患者数}}{\text{当該病院の所属 2 次医療圏における発生患者数}}$$

⑥ 「体制評価指数」における DPC 対象病院Ⅲ群の評価の概要は、次の通りであり、変更された部分は、下線で示した。なお、対象病院Ⅰ群・Ⅱ群の評価は、省略する。

① 脳卒中地域連携	「地域連携診療計画管理料」、「地域連携診療計画退院時指導料」（Ⅰ）又は（Ⅱ）のいずれかを届け出ている（1 ポイント）
② がん地域連携	「がん治療連携計画策定料」又は「がん治療連携指導料」のいずれかを届け出ている（1 ポイント）
③ 地域がん登録	地域がん登録に参画し、当該医療機関を退院した患者について、下記で評価し、実績に応じて 0 ～ 1 ポイント 実績 = $\frac{\text{病院所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数(都道府県内患者分)}}{\text{悪性腫瘍関連病名である病院所在都道府県内の初発患者数}}$
④ 救急医療	二次救急医療機関で病院群輪番制への参加施設、共同利用型施設又は救急救命センターを評価（0.1 ポイント） 救急車で来院し、入院となった患者数（0.9 ポイント）
⑤ 災害時医療	「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関の指定（2015年度導入予定）」又は「DMAT」の指定（いずれかで 1 ポイント）
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」を満たす（いずれかで 1 ポイント）
⑦ 周産期医療	「総合周産期母子医療センター」又は「地域周産期母子医療センター」の指定（いずれかで 1 ポイント）
⑧ がん診療連携拠点病院	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」若しくは、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（いずれかで 1 ポイント）
⑨ 24時間 t PA 体制	超急性期脳卒中加算を算定（1 ポイント）
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）に参加（1 ポイント）
⑪ 急性心筋梗塞の24時間診療体制	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院 2 日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価（実績に応じて 0 ～ 1 ポイント）
⑫ 精神科身体合併症の受入体制	「精神科身体合併症管理加算」又は「精神科救急・合併症入院料」のいずれかを届け出ている（1 ポイント）

キ 後発医薬品指数（新設）

当該病院における入院医療で用いられる薬剤について、下記に掲げる後発医薬品数量シェアにより評価。数量ベースで60%を評価上限とする。

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

(3) 基礎係数 + 暫定調整係数 + 機能評価係数Ⅰ + 機能評価係数Ⅱの合計が当該病院の医療機関別係数となる。機能評価係数Ⅱは、病院別に告示される。

7. DPCに加えて出来高で算定できる点数の範囲の見直し

DPC における包括評価に含まれず、通常の医科点数表に基づいた点数を算定できる範囲が次の通り変更となった。(下線が追加)

分類	DPCに加えて、出来高算定できる範囲
入院基本料	重症児(者)受入連携加算(一般病棟13対1、15対1入院基本料) 救急・在宅等支援病床初期加算(一般病棟13対1、15対1入院基本料) 看護必要度加算1・2(全ての病棟の10対1入院基本料) 一般病棟看護必要度評価加算(一般病院・専門病院の13対1入院基本料) ADL維持向上等体制加算(全ての病棟の7対1、10対1入院基本料)
入院基本料等加算	A205救急医療管理加算 A205-2超急性期脳卒中加算 A205-3妊産婦緊急搬送入院加算 A206在宅患者緊急入院診療加算 A208乳幼児加算・幼児加算 A210難病等特別入院診療加算 A212超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 A213看護配置加算 A219療養環境加算 A220 HIV 感染者療養環境特別加算 A202-2二類感染症患者療養環境特別加算 A221重傷者等療養環境特別加算 A221-2小児療養環境特別加算 A224無菌治療室管理加算 A225放射線治療病室管理加算 A226-2緩和ケア診療加算 A230-4精神科リエゾンチーム加算 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 A232がん診療連携拠点病院加算 A233-2栄養サポートチーム加算 A234-3患者サポート体制充実加算 A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算 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(専門病院を除く) 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 A238-4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 A240総合評価加算 A242呼吸ケアチーム加算 A243後発医薬品使用体制加算
特定入院料	次頁以降に掲げる DPC 独自に定められた特定入院料
短期滞在手術等基本料	DPC 対象外
医学管理等	B001-4手術前医学管理料、B001-5手術後医学管理料を除いて入院時に算定できる医学管理等は全て算定可
検査	D206心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査(D295関節鏡検査～D325肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法)、診断穿刺・検体採取料(D401脳室穿刺～D419その他の検体採取)
画像診断	画像診断管理加算1・2、造影剤注入手技の動脈造影カテーテル法の主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合以外の場合(血流予備能測定検査加算を含む)
投薬	なし(在宅において使用するための退院時処方方は算定可) HIV 感染症の患者に使用する抗 HIV 薬に係る費用(注1) 血友病等の患者に使用する遺伝子組み換え活性化型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組み換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組み換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤及び乾燥人血液凝固因子第Ⅸ因子製剤(活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子交代迂回活性複合体を含む)に係る費用(注2)

注射	G020無菌製剤処理料 投薬の（注1）、（注2）に同じ
処置	J042（1）連続携帯式腹膜灌流、J045-2一酸化窒素吸入治療法及び、基本点数が1,000点以上の処置の費用（既装着のギプスシャーレとして切割る使用した場合を除く） ※ J038人工腎臓に使用した材料価格基準別表Ⅱ区分の040（1）及び（5）に掲げる材料、J042に掲げる腹膜灌流1に当って使用した腹膜灌流液及び材料価格基準別表Ⅱ区分051～053に掲げる材料も算定できる。
手術	全て算定可
麻酔	全て算定可
リハビリテーション	全て算定可（薬剤料を除く）
精神科専門療法	全て算定可（薬剤料を除く）
放射線治療	全て算定可
病理診断	第1節 N003術中迅速病理組織標本作成、第2節 病理診断・判断料
入院時食事療養	全て算定可

8. DPC 独自に定められた特定入院料の見直し

- (1) DPC 独自に定められた特定入院料の包括範囲は、医科点数表に定めた包括範囲ではなく、DPC の包括範囲（9頁7. DPC に加えて出来高算定できる範囲参照）が適用される。ただし、DPC 独自に定められた特定入院料を算定する場合に算定できる入院基本料等加算は、別途定められている（13頁参照）。
- (2) 医科点数表の変更に伴って、DPC 独自に定められた特定入院料の点数も改定されるとともに次の点数が新設された。
- ア 救命救急入院料の急性薬毒物中毒加算が、機器分析によるもの5,000点とその他のもの350点に区分された。
 - イ 特定集中治療室管理料に、より体制の充実した1、2が新設され、従来の1、2が特定集中治療室管理料3、4となった。
 - ウ ハイケアユニット入院医療管理料1が新設された。
 - エ DPC 独自に定められた特定入院料を算定する場合に算定できる入院基本料等加算にA234-3患者サポート体制充実加算が追加された。

DPC 独自に定められた特定入院料の点数									
項目			特定機能病院		専門病院		一般病院		
			旧点数	新点数	旧点数	新点数	旧点数	新点数	
救命救急入院料	1	救命救急入院料	3日以内	7,688	7,825	7,888	8,025	7,950	8,087
			4～7日以内	6,763	6,885	6,963	7,085	7,025	7,147
			8～14日以内	5,478	5,579	5,678	5,779	5,740	5,841
	2	救命救急入院料	3日以内	9,188	9,349	9,388	9,549	9,450	9,611
			4～7日以内	8,128	8,272	8,328	8,472	8,390	8,534
			8～14日以内	6,878	7,002	7,078	7,202	7,140	7,264
	3	救命救急入院料	3日以内	7,688	7,825	7,888	8,025	7,950	8,087
			4～7日以内	6,763	6,885	6,963	7,085	7,025	7,147
			8～14日以内	5,478	5,579	5,678	5,779	5,740	5,841
		広範囲熱傷特定集中治療室	3日以内	7,688	7,825	7,888	8,025	7,950	8,087
			4～7日以内	6,763	6,885	6,963	7,085	7,025	7,147
			8～14日以内	5,878	5,986	6,078	6,186	6,140	6,248
			15～30日以内	6,383	6,491	6,383	6,491	6,398	6,506
	4	救命救急入院料	3日以内	9,188	9,349	9,388	9,549	9,450	9,611
			4～7日以内	8,128	8,272	8,328	8,472	8,390	8,534
			8～14日以内	6,878	7,002	7,078	7,202	7,140	7,264
		広範囲熱傷特定集中治療室	3日以内	9,188	9,349	9,388	9,549	9,450	9,611
			4～7日以内	8,128	8,272	8,328	8,472	8,390	8,534
			8～14日以内	6,878	7,002	7,078	7,202	7,140	7,264
			15～30日以内	6,383	6,491	6,383	6,491	6,398	6,506
	加減算	高度救命救急センター加算		+100		+100		+100	
		充実度 A 加算		+1,000		+1,000		+1,000	
		充実度 B 加算		+500		+500		+500	
		15歳未満小児加算		+5,000		+5,000		+5,000	
		急性薬毒物中毒加算	1 機器分析	+5,000		+5,000		+5,000	
			2 その他	(新設)	+350	(新設)	+350	(新設)	+350
		精神疾患診断治療等加算		+3,000		+3,000		+3,000	
	特定集中治療室管理料	1	特定集中治療室管理料	7日以内	(新設)	11,606	(新設)	11,806	(新設)
8～14日以内				(新設)	10,082	(新設)	10,282	(新設)	10,344
2		特定集中治療室管理料	7日以内	(新設)	11,606	(新設)	11,806	(新設)	11,868
			8～14日以内	(新設)	10,082	(新設)	10,282	(新設)	10,344
		広範囲熱傷特定集中治療室管理料	7日以内	(新設)	11,606	(新設)	11,806	(新設)	11,868
			8～14日以内	(新設)	10,275	(新設)	10,475	(新設)	10,537
3		特定集中治療室管理料	7日以内	(新設)	11,606	(新設)	11,806	(新設)	11,868
			8～14日以内	(新設)	10,275	(新設)	10,475	(新設)	10,537
			15～30日以内	(新設)	10,780	(新設)	10,780	(新設)	10,795
4		特定集中治療室管理料	31～60日以内	(新設)	10,987	(新設)	10,987	(新設)	10,987
			7日以内	7,188	7,317	7,388	7,517	7,450	7,579
			8～14日以内	5,688	5,793	5,888	5,993	5,950	6,055
			7日以内	7,188	7,317	7,388	7,517	7,450	7,579
4		特定集中治療室管理料	8～14日以内	5,688	5,793	5,888	5,993	5,950	6,055
			7日以内	7,188	7,317	7,388	7,517	7,450	7,579
			8～14日以内	5,878	5,986	6,078	6,186	6,140	6,248
			15～30日以内	6,383	6,491	6,383	6,491	6,398	6,506
15歳未満小児加算	7日以内		+2,000		+2,000		+2,000		
	8～14日以内		+1,500		+1,500		+1,500		
ハイケアユニット入院医療管理料	経過措置2015年3月31日まで	14日以内	2,488	2,561	2,688	2,761	2,750	2,823	
		15～21日以内	2,993	3,066	2,993	3,066	3,008	3,081	
	1	14日以内	(新設)	4,540	(新設)	4,740	(新設)	4,802	
		15～21日以内	(新設)	5,045	(新設)	5,045	(新設)	5,060	
	2	14日以内	(新設)	2,040	(新設)	2,240	(新設)	2,302	
15～21日以内		(新設)	2,545	(新設)	2,545	(新設)	2,560		
脳卒中ケアユニット入院医療管理料		14日以内	3,688	3,760	3,888	3,960	3,950	4,022	

小児特定集中治療室管理料		7日以内	13,477	13,708	13,677	13,908	13,739	13,970
		8～14日以内	11,477	11,676	11,677	11,876	11,739	11,938
新生児特定集中治療室管理料	1	14日以内	7,988	8,130	8,188	8,330	8,250	8,392
		15～30日以内	8,493	8,635	8,493	8,635	8,508	8,650
		31～90日以内	8,700	8,842	8,700	8,842	8,700	8,842
	2	14日以内	3,988	6,065	4,188	6,265	4,250	6,327
		15～30日以内	4,493	6,570	4,493	6,570	4,508	6,585
		31～90日以内	4,700	6,777	4,700	6,770	4,700	6,777
総合周産期特定集中治療室管理料	1	14日以内	4,988	5,081	5,188	5,281	5,250	5,343
	2	14日以内	7,988	8,130	8,188	8,330	8,250	8,392
		15～30日以内	8,493	8,635	8,493	8,635	8,508	8,650
新生児治療回復室入院管理料		14日以内	3,388	3,455	3,588	3,655	3,650	3,717
		15～30日以内	3,893	3,960	3,893	3,960	3,908	3,975
		31～120日以内	4,100	4,167	4,100	4,167	4,100	4,167
一類感染症患者入院医療管理料		7日以内	6,878	7,002	7,078	7,202	7,140	7,264
		8～14日以内	5,678	5,782	5,878	5,982	5,940	6,044
小児入院医療管理料	1	14日以内	2,488	2,540	2,688	2,740	2,750	2,802
		15～30日以内	2,993	3,045	2,993	3,045	3,008	3,060
		31日以上	3,200	3,252	3,200	3,252	3,200	3,252
	2	14日以内	1,988	2,032	2,188	2,232	2,250	2,294
		15～30日以内	2,493	2,537	2,493	2,537	2,508	2,552
		31日以上	2,700	2,744	2,700	2,744	2,700	2,744
	3	14日以内	1,588	1,626	1,788	1,826	1,850	1,888
		15～30日以内	2,093	2,131	2,093	2,131	2,108	2,146
		31日以上	2,300	2,338	2,300	2,338	2,300	2,338
	4	14日以内	988	1,016	1,188	1,216	1,250	1,278
		15～30日以内	1,493	1,521	1,493	1,521	1,508	1,536
		31日以上	1,700	1,728	1,700	1,728	1,700	1,728
	5	14日以内	88	101	288	301	350	363
		15～30日以内	593	606	593	606	608	621
		31日以上	800	813	800	813	800	813
	プレイルーム、保育士等加算			+100		+100		+100

DPC 独自に定められた特定入院料を算定する場合に加算できる入院基本料等加算 (変更後のみ掲載)													
	A205-2	A205-3	A206	A212	A221-2	A230-4	A231-2	A231-4	A232	A236	A238-3	A238-4	A238-5
	超急性期脳卒中加算	妊産婦緊急搬送入院加算	在宅患者緊急入院診療加算	超重症児(者)入院診療加算	小児療養環境特別加算	精神科リエゾンチーム加算	強度行動障害入院医療管理加算	摂食障害入院医療管理加算	がん診療連携拠点病院加算	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	新生児特定集中治療室退院調整加算	救急搬送患者地域連携紹介加算	救急搬送患者地域連携受入
A300救命救急入院料	○	○	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	×
A301特定集中治療室管理料	○	○	×	×	×	○	×	×	○	○	○	○	○
A301-2ハイケアユニット入院医療管理料	○	○	×	×	×	○	×	×	○	○	○	○	○
A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料	○	○	×	×	×	○	×	×	○	○	○	○	○
A301-4小児特定集中治療室管理料	○	×	×	×	×	×	×	×	○	×	○	○	○
A302新生児特定集中治療室管理料	○	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
A303総合周産期特定集中治療室管理料	○	○	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
A303-2新生児治療回復室入院医療管理料	○	×	×	×	×	×	×	×	○	○	×	○	○
A305一類感染症患者入院医療管理料	○	○	×	×	×	×	×	×	○	×	○	○	×
A307小児入院医療管理料	1・2	○	×	○	○	○	×	×	×	○	○	○	×
	3・4	○	×	○	○	○	×	×	×	○	○	○	○
	5	○	×	○	○	○	×	○	○	○	○	○	○

9. 午前中の退院が90%以上の病院、及び金曜日入院・月曜日退院の割合が40%以上の病院の減算

(1) 午前中の退院が90%以上の病院、及び金曜日入院・月曜日退院の割合が40%以上の病院について診断群分類点数から減算する点数が次の通り変更された。

午前中の退院が90%以上の病院、及び金曜日入院・月曜日退院の割合が40%以上の減算						
項目	特定機能病院		専門病院		一般病院	
	旧点数	新点数	旧点数	新点数	旧点数	新点数
7対1入院基本料	▲125点	▲128点	▲125点	▲127点	▲125点	▲127点
7対1入院基本料月平均夜勤時間超過減算					▲100点	▲102点
10対1入院基本料	▲105点	▲107点	▲105点	▲107点	▲105点	▲107点
10対1入院基本料月平均夜勤時間超過減算					▲83点	▲85点
13対1入院基本料			▲88点	▲90点	▲88点	▲90点
13対1入院基本料月平均夜勤時間超過減算					(新設)	▲72点

15対1入院基本料					▲ 76点	▲ 77点
15対1入院基本料月平均夜勤時間超過減算					(新設)	▲ 61点
特別入院基本料					▲ 46点	▲ 47点

(2) 減算要件の変更はなく、次の通りである。

ア 退院全体のうち午前中退院が直近6カ月のすべての月で90%以上の病院で、当該病棟に30日を超えて入院している患者であって午前中に退院する患者については、退院日の診断群分類点数から上記の点数を減算する。ただし、下記の患者は減算しない。

- ・退院日において1,000点以上の処置又は手術を行っている者
- ・退院調整加算又は新生児特定集中治療室退院調整加算を算定している者
- ・DPC 独自に定められた特定入院料を加算している者

イ 入院全体のうち金曜日入院者の比率と、退院全体のうち月曜日退院者の比率の合計が直近6カ月のすべての月で40%以上の病院で、金曜日入院患者は、入院直後の土曜日・日曜日の診断群分類点数から上記の点数を減算する。また、月曜日退院患者は、退院直前の土曜日・日曜日の診断群分類点数から上記の点数を減算する。ただし、下記の患者は減算しない。

- ・減算する土曜日・日曜日に、1,000点以上の処置又は手術を行っている者

10. 算定ルールの見直し

(1) 同一病名で再入院した際に「一連」とみなす算定ルール（いわゆる「3日以内再入院ルール」）が見直され、当該ルールの適用対象となる再入院期間が7日に延長された診断群分類番号の上2桁が同一の場合に適用される（いわゆる「7日以内再入院ルール」に変更）。

(2) 適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC 傷病名コーディングテキスト」の作成と公開等の対応が行われることとなった。なお、「DPC 傷病名コーディングテキスト」は今後厚生労働省から出されることとなっており、現在は、下記ホームページに「DPC / PDPS 傷病名コーディングテキスト（案）」が掲載されている。

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000032575.pdf>

(3) 「130100 播種性血管内凝固症候群 (DIC)」の請求にあたっては、下記の内容が記載されたものをレセプトに添付することが義務づけられた。

- ・DIC の原因と考えられる基礎疾患
- ・厚生労働省 DIC 診断基準による DIC スコアまたは急性期 DIC 診断基準（日本救急医学会 DIC 特別委員会）による DIC スコア
- ・今回入院中に実施された治療内容および検査値等の推移

(4) 予定入院にあっては、入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬を入院中に使用することが特段の理由がない限り禁止された。特段の理由がある場合はカルテに記載する。

(5) 2012年改定で試行的に導入された点数設定方式D（入院初日に薬剤等の費用を一括して支払う点数設定方式）について、心臓カテーテル検査を行う診断群分類へ適用が拡大された。

11. 退院患者調査の見直し

外来診療に係るデータの提出については、これまで必須とされていたⅠ群・Ⅱ群病院に加えⅢ群病院においても提出が必須化された。なお、調査項目が見直された。

12. 「基礎係数」の変更

医療機関の属する病院群ごとに設定された基礎係数のうち、Ⅱ群の実績要件が変更され、Ⅰ群の最低値より高い医療機関とされた。

ア 医師研修の実施については、基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目までとされた。

イ 高度な医療技術の実施のうち、手術実施症例数は外保連試案（第8.2版）において技術難易度が設定された症例を対象とすることとされた。

病院群	概要	基礎係数
DPC 病院Ⅰ群	大学病院本院群（80病院）	1.1351
DPC 病院Ⅱ群	下記の4つの実績要件を満たす病院（90病院） ①診療密度、②医師研修の実績、③高度な医療技術の実施、④重症患者に対する診療の実績	1.0629
DPC 病院Ⅲ群	Ⅰ群、Ⅱ群以外（約1320病院）	1.0276

13. 経過措置等

- (1) 3月までの診断群分類点数表による算定は「見直し前の診断群分類点数表」により行い、4月からの算定は「見直し後の診断群分類点数表」により行う。
- (2) A308-2亜急性期入院医療管理料について、平成26年9月30日までの間は3月31日までと同じ取り扱いとされる。
- (3) A301-2ハイケアユニット入院医療管理料について、平成27年3月31日までの間は3月31日までと同じ取り扱いとされる。なお、4月1日以降の点数は、消費税増税対応分のみ引き上げられた。