

# 平成24年度診療報酬改定の概要

## 【 D P C 関連 】

近畿厚生局

# 1. 入院基本料等の見直し等の反映

- (1) 急性期入院医療の評価の見直しに伴う入院基本料等の見直しについては、診断群分類点数表の設定(改定)において実態に即して反映させる。
- (2) 診療報酬改定後の包括範囲に係る報酬水準(但し、機能評価係数 I に係るものを除く)については、診療報酬改定前の当該水準に改定率を乗じたものとし、医療機関別係数の計算において反映させる。

# 1. 入院基本料等の見直し等の反映

(イメージ)

包括範囲

- ・ 入院基本料
- ・ 検査
- ・ 画像診断
- ・ 投薬
- ・ 注射
- ・ 1000点未満の処置 等

改定前の  
出来高点数  
による実績値

機能評価係数 I  
(対応する点数  
の改定を反映)

換算

DPC毎の  
1日当たり点数

×

在院日数

×

医療機関別係数

機能評価係数 I

+

機能評価係数 II

暫定調整係数

基礎係数

入院基本料の改定を反映

改定率による報酬水準の補正  
(改定の反映)

## 2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

### (1) 基礎係数の導入と医療機関群の設定

- ① 制度創設時に導入した調整係数により設定される包括報酬部分(改定率の反映を含む)は、今後、段階的に基礎係数(直近の包括範囲出来高点数の平均に相当する部分)と機能評価係数Ⅱにより設定される包括報酬(それぞれ改定率を反映)に置換える。
- ② 基礎係数の設定は、役割や機能に着目した医療機関の群別に設定する。設定する医療機関群は「DPC病院Ⅰ群」、「DPC病院Ⅱ群」と「DPC病院Ⅲ群」の3群とする。
- ③ 「DPC病院Ⅱ群」は、一定以上の「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」の4つの実績要件を満たす病院とする(ただし、「医師研修の実施」について、特定機能病院は、満たしたものとして取扱い、宮城、福島及び茨城の三県については、平成22年度の採用実績も考慮し判定)。なお、各要件の基準値(カットオフ値)は、DPC病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

## 2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

### (2) 調整係数見直しに係る経過措置

- ① 円滑な現場対応を確保する観点から、平成22年度改定での機能評価係数Ⅱ導入と、その後に合意された基礎係数を含む医療機関別係数の最終的な設定方式を踏まえ、今後、改めて段階的・計画的な移行措置を実施することとし、平成24年度改定においては、調整部分の25%を改めて機能評価係数Ⅱに置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。

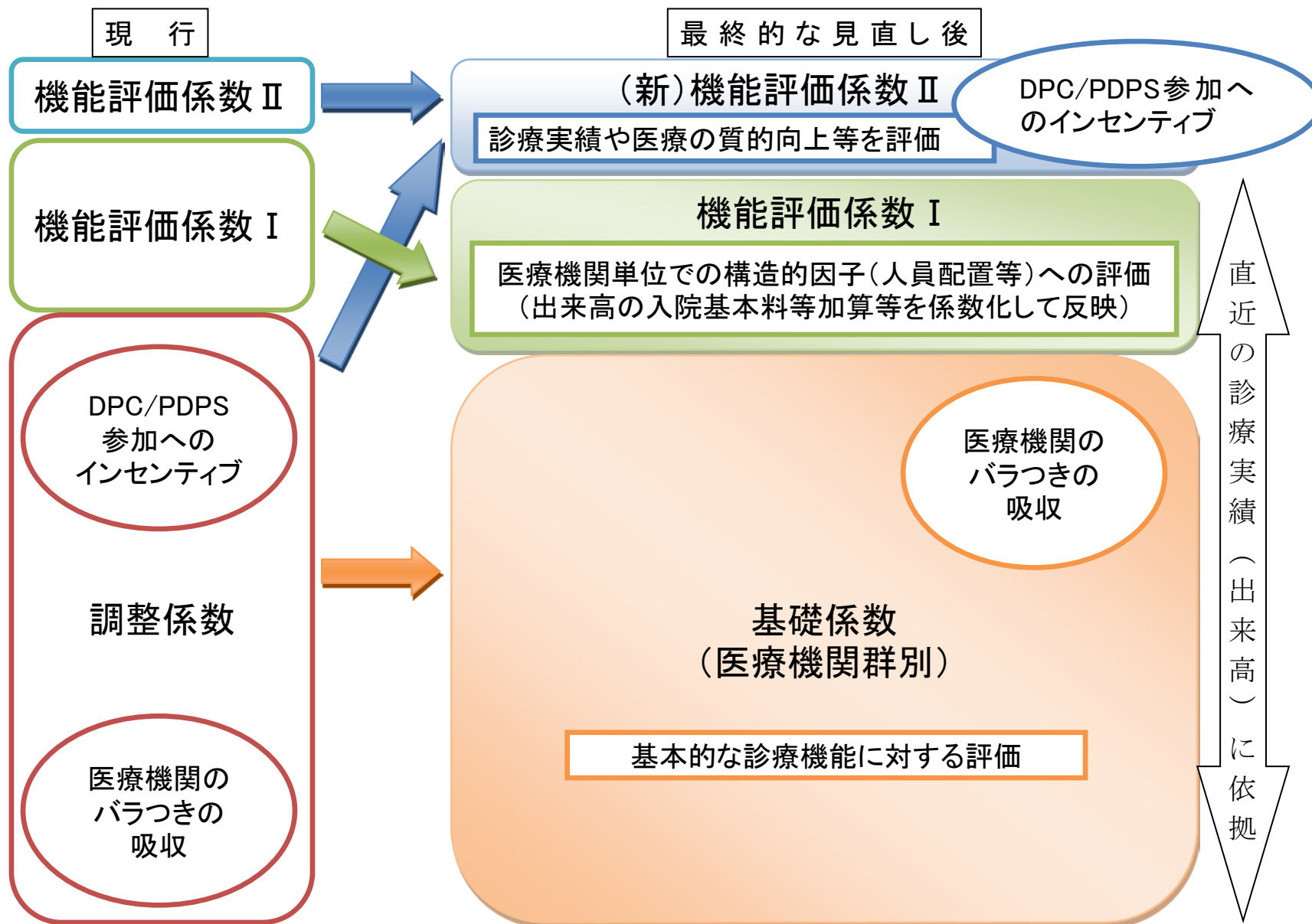
$$\begin{aligned} \text{〔医療機関Aの暫定調整係数〕} &= \\ & \left( \text{〔医療機関Aの調整係数(※)]} \right. \\ & \quad \left. - \text{〔医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数]} \right) \times 0.75 \\ \text{※ 「調整係数」} & \text{は制度創設時(平成15年)の定義に基づく} \end{aligned}$$

- ② 制度全体の移行措置に伴う個別の医療機関別係数の変動についても、激変緩和の観点から一定の範囲内(医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)に基づき、2%を超えて変動しない範囲)となるよう暫定調整係数を調整する措置も併せて講ずる。

## 2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

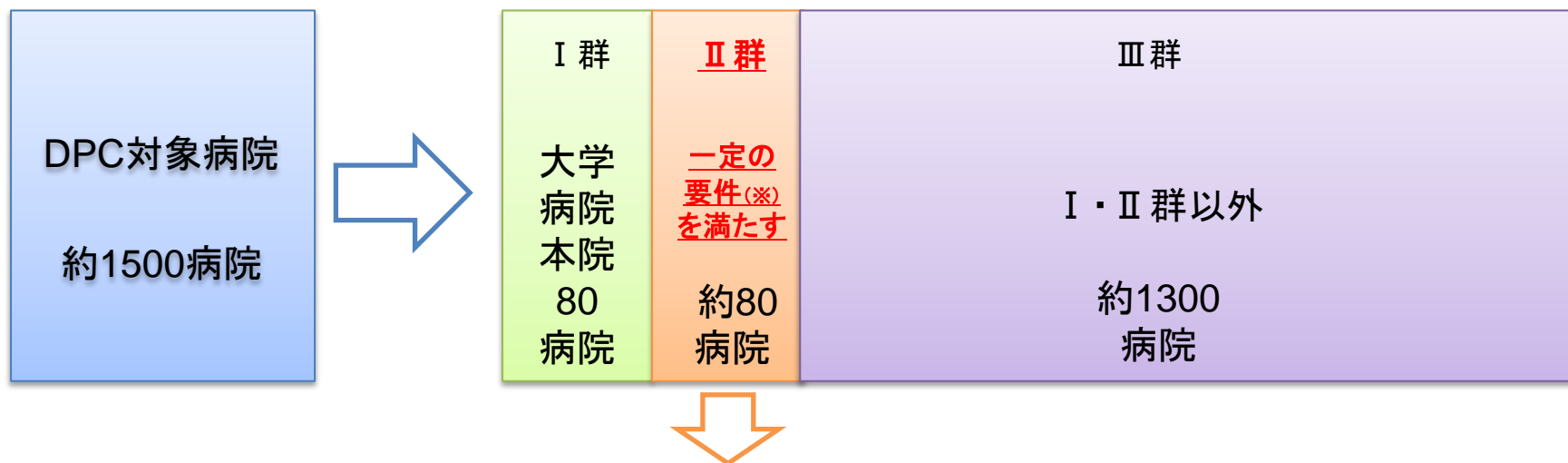
【イメージ図】DPC/PDPS調整係数見直し後の医療機関係数のあり方

平成23年1月21日  
中医協総会 総-3-1



## 2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

### 基礎係数の導入と医療機関群の設定(DPC病院 I 群～III群)

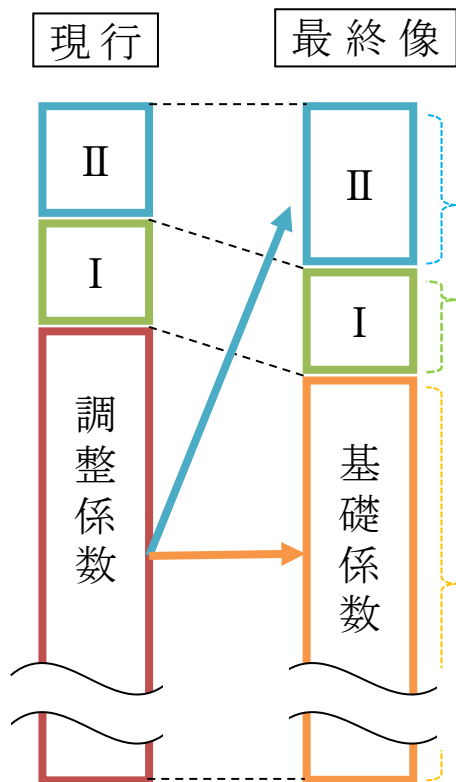


**DPC病院 II 群の要件(以下の【実績要件1～4】を全て満たす病院)**  
**(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)**

実績要件(特定機能病院は実績要件2を除く)	
	各要件の具体的指標
【実績要件1】診療密度	○ 1日当たり包括範囲出来高平均点数(患者数補正後)
【実績要件2】医師研修の実施	○ 届出病床当たりの医師数(免許取得後2年目まで)
【実績要件3】 高度な医療技術の実施 ※右3つを全て満たす	○ 手術1件あたりの外保連手術指数(協力医師数補正後) ○ DPC算定病床当たりの外保連手術指数(協力医師数補正後) ○ 手術実施件数
【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施	○ 複雑性指数(重症DPC補正後)

DPC/PDPSの定額報酬の算定における現行の調整係数について、今後の段階的な経過措置を経て、最終的に基礎係数と機能評価係数Ⅱに置き換える。この場合の基礎係数は、基本的な診療機能を評価した係数部分であり、直近の診療実績に基づき、1件当たりの平均出来高相当点数を算出評価する。

<最終像のイメージ>



- 医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ（医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ）を評価
  - ① 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現
  - ① 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現（地域における医療資源配分の最適化）

- 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を反映
- 出来高点数体系で評価されている構造的因子を反映（出来高点数を医療機関別係数に換算）

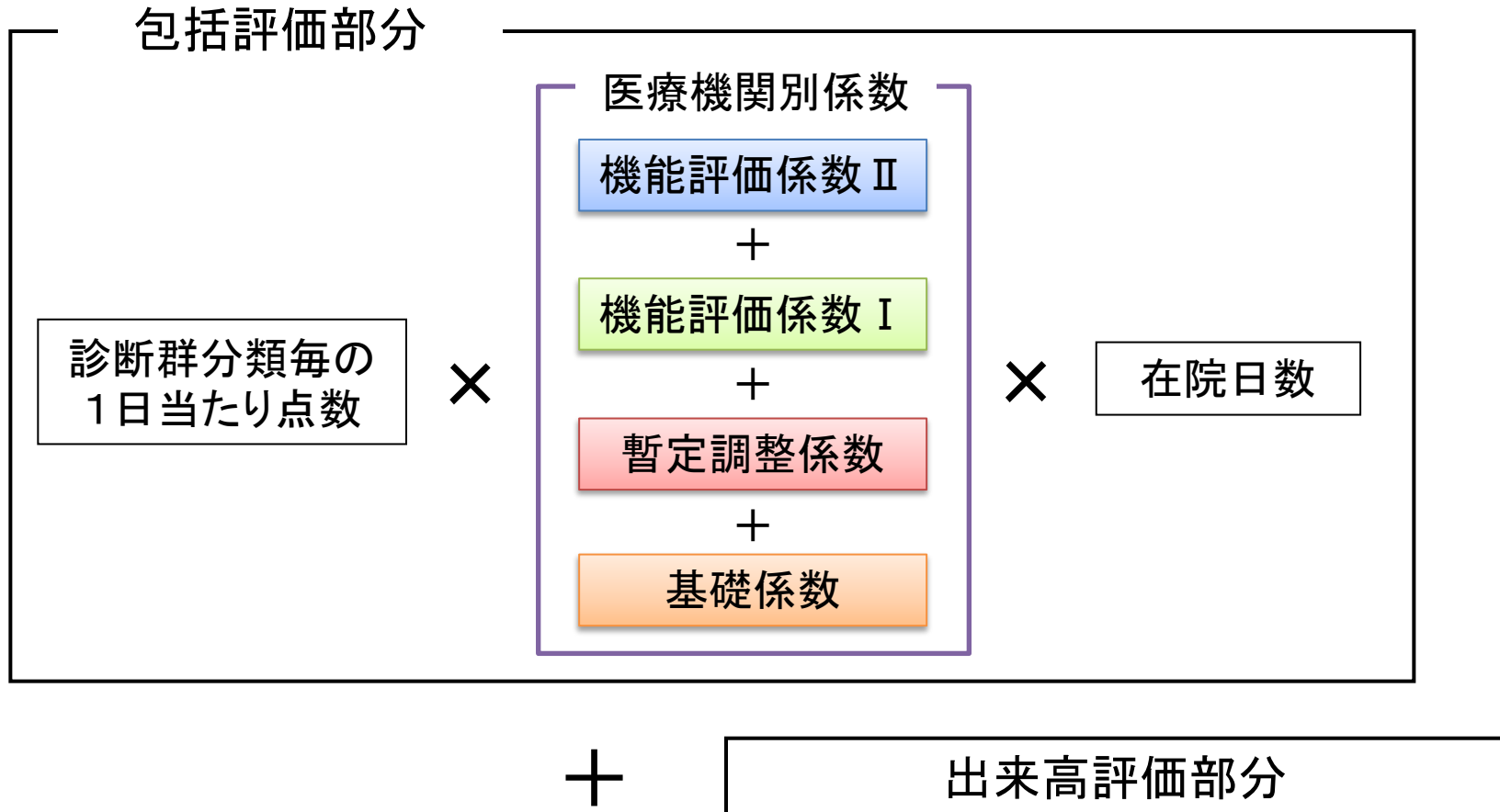
- 医療機関群毎の基本的な診療機能を評価
- 診療機能（施設特性）を反映させるため、幾つかの医療機関群（2群もしくは3群）に分類
- 直近の診療実績(改定前2年間分の出来高実績データ)に基づく

基礎係数の設定については、DPC/PDPS参加病院の診療機能（施設特性）を適切に反映させるため、幾つかの医療機関群別に算出する定数値（当該医療機関群全体に係る1件あたり平均出来高点数に相当）とする。

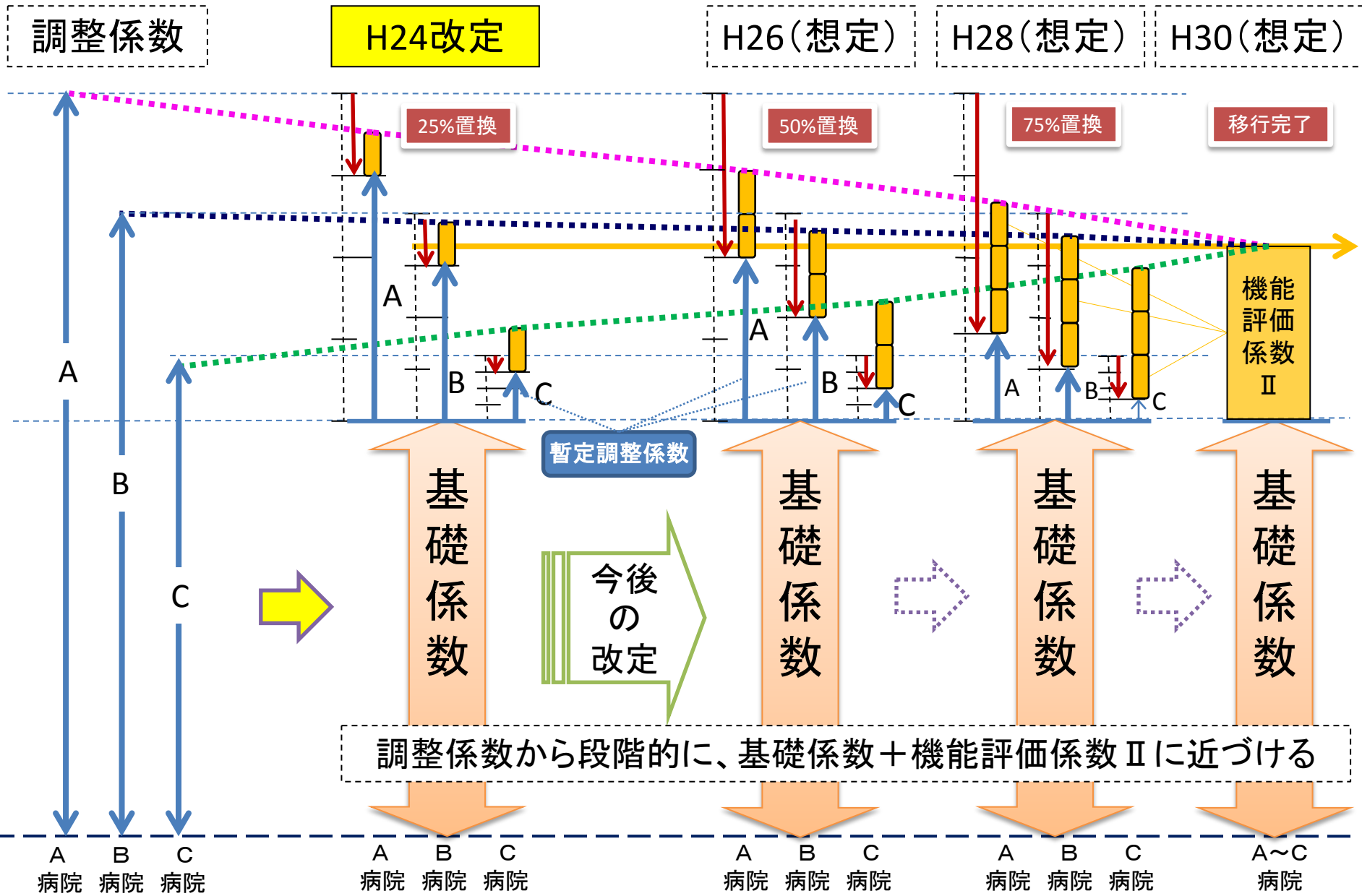


## 2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

### DPC制度における診療報酬の計算(平成24年度改定後)



# 【イメージ図】調整係数から基礎係数＋機能評価係数Ⅱへの移行

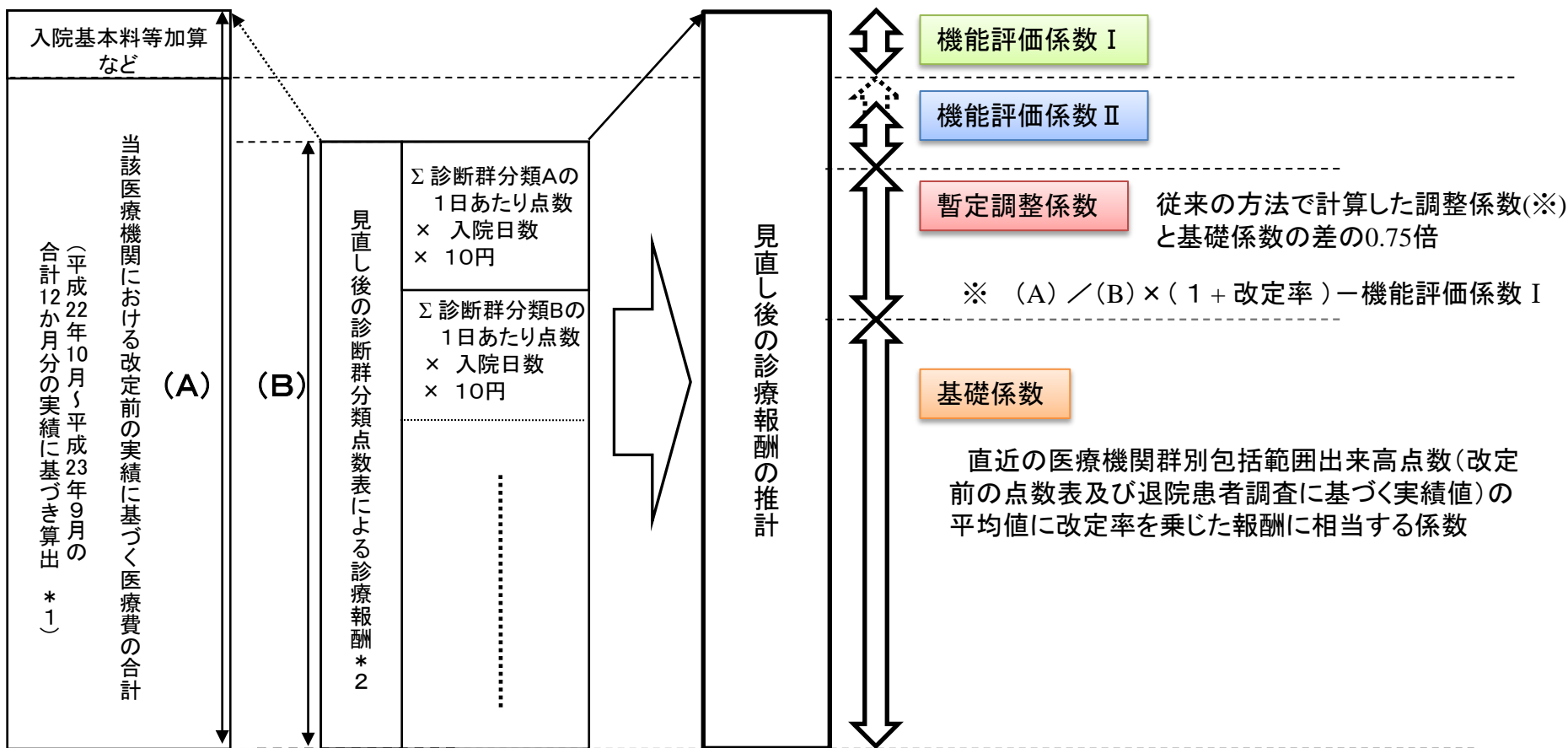


※ 同程度の機能評価係数Ⅱの評価となるA病院～C病院を想定したイメージ

# 2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

## 医療機関別係数の設定方法等(平成24年度改定後)

$$\text{医療機関別係数} = \text{機能評価係数 I} + \text{機能評価係数 II} + \text{暫定調整係数} + \text{基礎係数}$$



- \*1 改定前の実績に基づく医療費の合計には、平成24年度診療報酬改定における入院基本料や包括範囲の見直し等を反映したものの。今回改定では、改めて機能評価係数 II への移行を行ったことから、平成22年度改定以前(機能評価係数 II 設定前)の調整係数を使用して集計。
- \*2 見直し後の診断群分類による診療報酬については、当該医療機関における平成22年10月から平成23年9月の入院実績に基づき算出している。

### 3. 機能評価係数 I の見直し

- (1) 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機能評価係数 I として係数設定する。
- (2) 従前の機能評価係数 I に加えて、「地域加算」「離島加算」(現行出来高評価)を機能評価係数 I として係数評価する。
- (3) 出来高報酬体系のデータ提出加算の新設に伴い、データ提出係数のうちデータ提出に係る評価部分を機能評価係数 I として整理する。
- (4) その他の入院基本料等加算の見直し等について、必要に応じて機能評価係数 I に反映させる。

# 3. 機能評価係数 I の見直し

入院基本料等加算と機能評価係数 I の関係		機能評価係数 I として評価	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	A204-2 臨床研修病院入院診療加算
		A204 地域医療支援病院入院診療加算	A207-2 医師事務作業補助体制加算
		A207 診療録管理体制加算	A230 精神病棟入院時医学管理加算
		A243 後発医薬品使用体制加算	A230-2 精神科地域移行実施加算
	看護配置の評価	A207-3 急性期看護補助体制加算	A234 医療安全対策加算(+感染防止対策加算)
		A213 看護配置加算	
		A214 看護補助加算	
	地域特性の評価		A218 地域加算 A218-2 離島加算
	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
		A225 放射線治療病室管理加算	
療養環境の評価	A219 療養環境加算	A221-2 小児療養環境特別加算	
	A220 HIV感染者療養環境特別加算		
	A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算		
	A221 重症者等療養環境特別加算		
	A222 療養病棟療養環境加算		
A223 診療所療養病床療養環境加算			

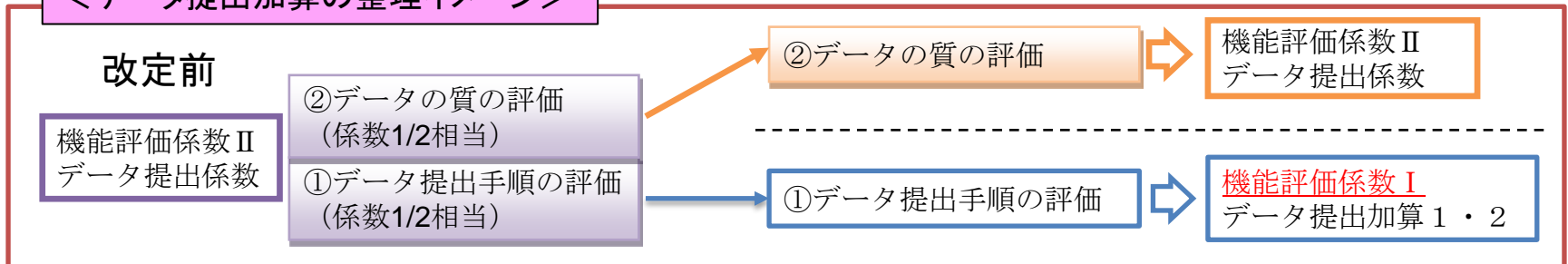
全員に加算

患者個人毎に加算  
条件を満たす

機能評価係数 I へ

上記以外に、患者サポート体制充実加算、病棟薬剤業務実施加算、データ提出加算を機能評価係数 I とした。  
なお、データ提出加算は機能評価係数 II のデータ提出係数との整理を合わせて実施(下記)。

## <データ提出加算の整理イメージ>



## 4. 機能評価係数Ⅱの見直し

- (1) 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分(重み付け)は等分とする。
- (2) 現行の評価項目(6指数)のうち、地域医療指数、救急医療係数、データ提出指数について必要な見直しを行う。また、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数については、各医療機関群の特性に応じた評価手法を導入する。
- (3) 機能評価係数Ⅱの各指数から各係数への変換に際しては、各指数の特性や分布状況を踏まえ、適切な評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値を設定する。
- (4) 被災三県における診療実績に基づく指数(効率化指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数)は、震災前のみの実績も考慮し設定する。

# 4. 機能評価係数Ⅱの見直し

## 平成24年改定における調整係数見直しに係る基本方針(抜粋)

平成23年9月7日  
中医協総会 総-3-1

### (3) 機能評価係数Ⅱ

#### ① 基本的考え方

- DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブを評価
- 具体的には、機能評価係数Ⅱが評価する医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブとして次のような項目を考慮する。なお、係数は当該医療機関に入院する全DPC対象患者が負担することが妥当なものとする。

#### 1) 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

##### <主な視点>

- 医療の透明化(透明化)
- 医療の質的向上(質的向上)
- 医療の効率化(効率化)
- 医療の標準化(標準化)

#### 2) 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現(地域における医療資源配分の最適化)

##### <主な視点>

- 高度・先進的な医療の提供機能(高度・先進性)
- 総合的な医療の提供機能(総合性)
- 重症者への対応機能(重症者対応)
- 地域で広範・継続的に求められている機能(4疾病等)
- 地域の医療確保に必要な機能(5事業等)

#### ② 具体的方法

- 中医協の決定に基づき一定の財源を各係数毎に按分し、各医療機関の診療実績等に応じた各医療機へ配分額を算出する。最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算する。
- 原則としてプラスの係数とする。
- 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て、段階的な評価のみではなく、連続的な評価も考慮する。
- 評価に当たっては、診療内容への影響を考慮しつつ、必要に応じて係数には上限値・下限値を設ける。

# 4. 機能評価係数Ⅱの見直し

## 機能評価係数Ⅱ見直しの概要

### ①データ提出指数

・現行のICD-10病名のコーディング評価に関して更なる精緻化を行う。

### ②効率性指数 ③複雑性指数 ④カバー率指数

・現行の評価方法を継続する。

### ⑤救急医療指数

・「救急医療係数」を「救急医療指数」として引き続き評価する。

### ⑥地域医療指数

(ア) 退院患者のデータを活用した地域医療への貢献について、地域で発生する患者に対する各病院の患者のシェアによる定量的評価を導入する。

(イ) 地域医療計画等に基づく体制を評価(ポイント制)についても現状や都道府県の指摘も踏まえ以下のような見直しを行う。(見直し後の項目のイメージは下記を参照)

<見直しのイメージ>

現行	平成24改定での対応
地域医療への貢献に係る体制評価 (現行7項目のポイント制)	地域医療への貢献に係る体制評価指数 (10項目、一部実績加味、上限値設定)
	定量評価指数(新設) (1)小児 (2)上記以外

見直し後の体制評価指数(ポイント制)は以下の10項目とし、1項目最大1ポイント、合計7ポイントを上限値として設定する。また、各医療機関群の特性に対応して評価基準を設定する(次項参照)。



## 4. 機能評価係数Ⅱの見直し

### 機能評価係数Ⅱ(6項目)の見直しの詳細(1)

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)
1) データ提出指数	DPC対象病院のデータ提出における、適切な質・手順の遵守を評価	<p>原則として満点(1点)だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ減算する。</p> <p>① データ提出手順の評価 データ提出が遅滞した場合は、翌々月に当該評価を0.5点・1ヶ月の間、減じる(データ提出加算が新設されたため機能評価係数Ⅰとして整理⇒この分は今回改定より機能評価係数Ⅱには含まれない)。</p> <p>② データの質の評価</p> <p>A. 新たに精査した「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が20%以上の場合に当該評価を0.05点・1年の間、減じる。(新たな減算基準の20%はこれまでの実績から改めて設定)</p> <p>B. 今後の実績(提出データ)に基づく検討により、対象とする項目を選定した上で、一定の周知期間を経て、例えば平成25年度から、評価対象とする方向で検討 【例】・ 郵便番号      ・ がんのUICC分類      ・ その他疾患特異的な重症度分類</p> <p>※ なお、DPC病院Ⅲ群について、外来診療に係るEFファイル(出来高点数情報)に期限までに対応した場合について、一定の評価(0.05点を目安に今後検討)を加算する。(機能評価係数Ⅰとして整理)</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(一入院あたり)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. 機能評価係数Ⅱの見直し

## 機能評価係数Ⅱ(6項目)の見直しの詳細(2)

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)											
4) カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	[当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数] / [全DPC数] ※ 当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ すべて(包括評価の対象・対象外の両方を含む)の診断群分類を計算対象とする。											
5) 救急医療指数	救急医療(緊急入院)の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1症例あたり[救急医療入院患者について、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]											
6) 地域医療指数	地域医療への貢献を評価 (中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価)	以下の指数で構成する。 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10項目、詳細は次ページの別表2参照)。 <table border="1" data-bbox="736 729 1804 939" style="margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">地域医療指数(内訳)</th> <th style="text-align: center;">評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">① 体制評価指数(ポイント制、計10項目、上限7ポイント)</td> <td style="text-align: center;">1/2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">② 定量評価指数(新設)</td> <td style="text-align: center;">1) 小児(15歳未満)</td> <td style="text-align: center;">1/4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1) 上記以外(15歳以上)</td> <td style="text-align: center;">1/4</td> </tr> </tbody> </table> 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7ポイントとする。 ② 定量評価指数(評価に占めるシェアは1)2)それぞれ1/4ずつ [当該医療機関の所属地域における担当患者数] / [当該医療機関の所属地域における発生患者数] を1) 小児(15歳未満)と2) それ以外(15歳以上)に分けてそれぞれ評価。 <b>【評価対象地域の考え方】</b> DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群については、診療圏の広域性を踏まえ、3次医療圏とし、DPC病院Ⅲ群については2次医療圏とする。 <b>【集計対象とする患者数の考え方】</b> DPC対象病院に入院した患者とする。	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、計10項目、上限7ポイント)		1/2	② 定量評価指数(新設)	1) 小児(15歳未満)	1/4	1) 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(ポイント制、計10項目、上限7ポイント)		1/2											
② 定量評価指数(新設)	1) 小児(15歳未満)	1/4											
	1) 上記以外(15歳以上)	1/4											

## 4. 機能評価係数Ⅱの見直し

<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】4疾病5事業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。

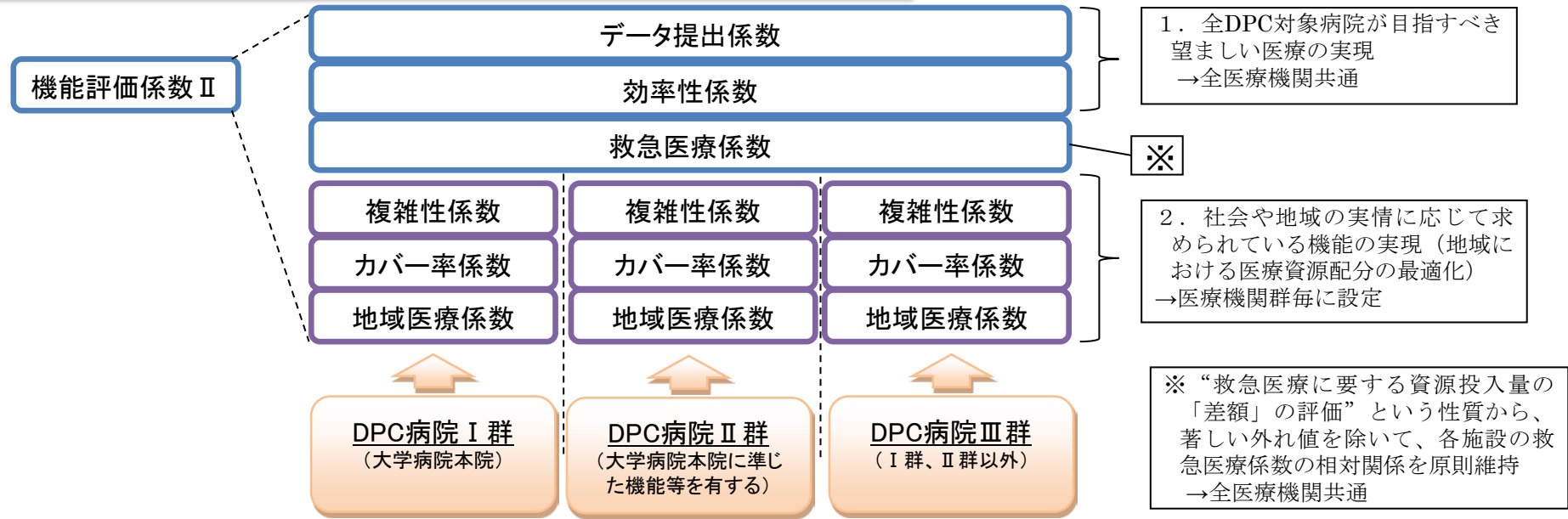
		医療連携体制	医療提供体制	対策事業等
● 4 疾 病	がん	②がん地域連携	⑧がん診療連携 拠点病院	③地域がん登録
	脳卒中	①脳卒中地域連携	⑨24時間t-PA体制	—
	急性心筋梗塞	—	—	—
	糖尿病	—	—	—
● 5 事 業	救急医療	—	④救急医療	—
	災害時における医療	—	⑤災害時における 医療 (+災害拠点病院)	⑩EMIS(広域災害・救 急医療情報システム)
	へき地の医療	—	⑥へき地の医療	—
	周産期医療	—	⑦周産期医療	—
	小児医療	—	—	—

赤字(下線):新規項目

黄色:実績評価の要素を加味する項目

# 4. 機能評価係数Ⅱの見直し

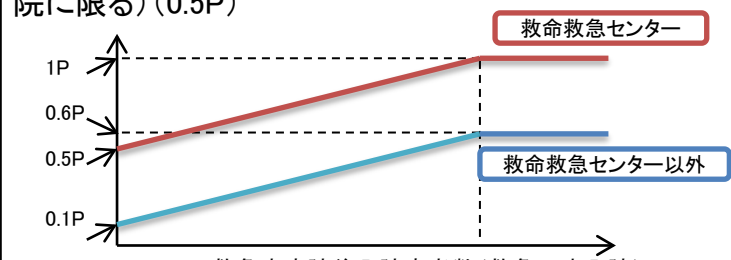
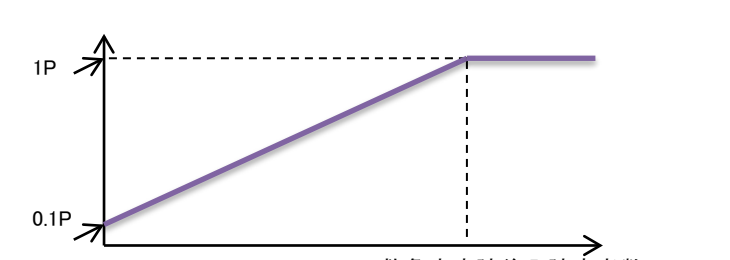
## 機能評価係数Ⅱと医療機関群の関係



地域医療係数における評価の相違		DPC病院Ⅰ群・Ⅱ群	DPC病院Ⅲ群
定量評価係数(患者シェア)における評価対象地域		三次医療圏	二次医療圏
体制評価指数における実績評価の加味		脳卒中地域連携・がん地域連携・地域がん登録・救急医療	地域がん登録・救急医療
体制評価指数における体制評価の方法	救急医療	救命救急センターを重点評価(2次救急医療機関も評価対象)	2次救急医療機関・救命救急センターのいずれかで評価
	災害医療	災害拠点病院の指定、日本DMATの指定をそれぞれ評価	災害拠点病院の指定、日本DMATの指定のいずれかで評価。
	周産期医療	総合母子周産期医療センターを重点評価(地域母子周産期医療センターも評価対象)	総合母子周産期医療センター、地域母子周産期医療センターのいずれかで評価
	がん診療連携拠点病院	都道府県がん診療連携拠点病院を重点評価(地域がん診療連携拠点病院も評価対象)	都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院またはそれに準じた病院のいずれかで評価。

# 4. 機能評価係数Ⅱの見直し

## 地域医療係数・体制評価指数(ポイント制)群別評価の概要(1)

評価項目(各1P)	DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群	DPC病院Ⅲ群
①脳卒中地域連携(DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味)	脳卒中を対象とした場合に限って評価。当該医療機関を退院した患者について、「[B005-2地域連携診療計画管理料]を算定した患者数」/[医療資源病名が脳卒中に関連する病名(例:脳梗塞等)である患者数]で評価(実績に応じて0~1P)	脳卒中を対象とする。「B005-2地域連携診療計画管理料」、「B005-3地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)」又は「B005-3-2地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)」のいずれかの施設基準を取得していることを評価(1P)
②がん地域連携(DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味)	当該医療機関を退院した患者について、「[B005-6がん治療連携計画策定料]を算定した患者数」/[医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名(例:胃の悪性腫瘍等)である患者数]で評価(実績に応じて0~1P)	「B005-6がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価(1P)
③地域がん登録(実績評価を加味)	当該医療機関を退院した患者について、「[医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数(当該都道府県内の患者分に限る)]」/[医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名(例:胃の悪性腫瘍等)である医療機関所在都道府県内の初発の患者数]で評価(実績に応じて0~1P)	
④救急医療(実績評価を加味)	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価(0.5P)、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価(0.1P)。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数(救急医療入院に限る)(0.5P) 	救急車で来院し、入院となった患者数(0.9P) 

## 4. 機能評価係数Ⅱの見直し

### 地域医療係数・体制評価指数(ポイント制)群別評価の概要(2)

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(各0.5P)	「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"> <li>「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価(1P)</li> <li>「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P</li> </ul>	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価(いずれかで1P)
⑧がん診療連携拠点病院(新)	<ul style="list-style-type: none"> <li>「都道府県がん診療連携拠点の指定」を重点的に評価(1P)</li> <li>「地域がん診療連携拠点病院の指定」は0.5P</li> <li>準じた病院(右欄※参照)としての指定は評価対象外(0P)</li> </ul>	「がん診療連携拠点病院の指定」もしくはそれに準じた病院(※)としての指定を受けていることを評価(いずれかで1P) ※ 都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院。
⑨24時間tPA体制(新)	「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)(新)	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)	



# 4. 機能評価係数Ⅱの見直し

## 定例報告

### 1. 概要

- 機能評価係数Ⅱのうち、地域医療指数（体制評価指数）については、DPC対象病院における各事業毎の10月1日時点の参加状況を各厚生局・都道府県に確認した上で、翌年度の評価に反映している。
- これまでの改定では、DPC対象病院から保険局医療課に報告された内容を、各厚生局において個別に確認して頂いていたところであるが、確認業務の円滑化を図るため、別途様式を定め、DPC対象病院及びDPC準備病院から「定例報告」として厚生局に届出を行ってもらうものとする。

### 2. 報告内容（案）

#### （1）施設基準の届出状況

- ①脳卒中地域連携（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）、B005-3-2地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ））
- ②がん地域連携（B005-6がん治療連携計画策定料、B005-6-2がん治療連携指導料）
- ③24時間t-PA体制（A205-2 超急性期脳卒中加算）

#### （2）都道府県が行う事業への参加状況

- ①地域がん登録（登録件数）
- ②救急医療（病院群輪番制への参加、共同利用型病院の施設、救命救急センター）
- ③災害時の医療（災害拠点病院の指定、災害派遣医療チーム（DMAT）の指定、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への参加状況）
- ④へき地の医療（へき地医療病院の指定、社会医療法人許可におけるへき地医療の要件（へき地診療所への医師派遣実績、へき地順回診療の実績））
- ⑤周産期医療（総合周産期母子医療センターの指定、地域周産期母子医療センターの認定）
- ⑥がん診療連携拠点病院（がん診療連携拠点病院の指定、都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定）

#### （3）その他

- ①病床数（医療法許可病床数、DPC算定病床数）
- ②医師数（臨床研修医数）

## 5. 算定ルールの見直し

### (1) 特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルール

化学療法を特定入院期間内に実施していないにも係らず、「化学療法あり」等の診断群分類により算定する場合は、当該化学療法薬は別途算定できないこととする。

### (2) 診断群分類点数表の点数設定方法

特定の診断群分類について、在院日数遷延を防止する観点から、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間 I の点数に組込む設定を試行的に導入する。また、これらに合せて、DPC/PDPS対象施設数の増加や調査の通年化によるデータ数の大幅な増加と、今後の調整係数廃止に伴うより精緻な報酬設定等に対応するための定額報酬計算方式の整理と必要な見直しを行う。

### (3) その他

診断群分類点数表の適用患者の明確化と高額な新規検査等への対応を実施する。



# 5. 算定ルールの見直し

## 特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルールの見直し(1)

「化学療法あり」の診断群分類

特定入院期間

出来高算定

入院日数

化学療法実施

問題点

「請求時に診断群分類は決定」する、というルールであることから、「化学療法あり」の診断群分類となるが、化学療法に係る薬剤が別途出来高算定可能

改

診断群分類点数表に掲げる入院日Ⅲまでに化学療法等を実施されない場合は、入院期間Ⅲを超えた日以降も当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の当該薬剤料を算定することはできない。

＜対象となる診断群分類＞

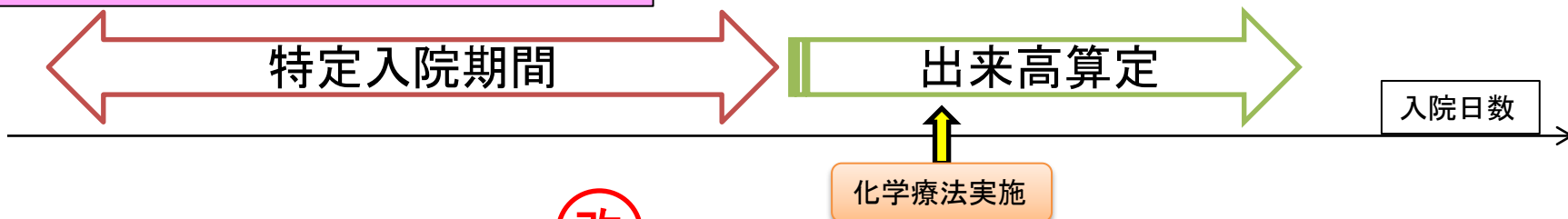
- ① 悪性腫瘍患者に対する化学療法に係る診断群分類
- ② ①以外であって、特定の薬剤名(成分名)を冠する診断群分類

(※悪性腫瘍患者以外の患者が含まれる)

# 5. 算定ルールの見直し

## 特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルールの見直し(2)

「化学療法あり」の診断群分類



改

診断群分類点数表に掲げる入院日Ⅲまでに化学療法等を実施されない場合は、入院期間Ⅲを超えた日以降も当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の当該薬剤料を算定することはできない。



<対象となる診断群分類と算定できない薬剤>

- ① 悪性腫瘍患者に対する化学療法に係る診断群分類  
悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤が算定不可(溶剤となる生理食塩水等を含む)。
- ② ①以外であって、特定の薬剤名(成分名)を冠する診断群分類  
(※悪性腫瘍患者以外の患者が含まれる)  
明示された薬剤(ただし、明示された薬剤以外の薬剤と併用療法とすることが添付文書等により医学的に明らかなものについては当該併用薬剤も含む。)が算定不可。

○それ以外の薬剤に係る薬剤料(例:糖尿病に係る薬剤料)については算定可能。

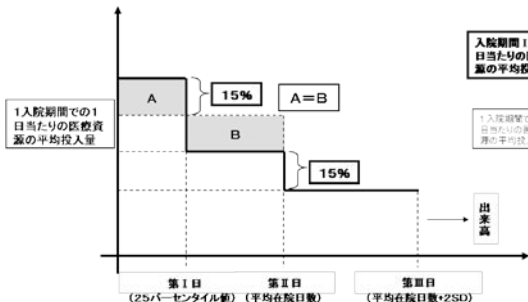
# 5. 算定ルールの見直し

## 診断群分類点数表の点数設定方法の見直し

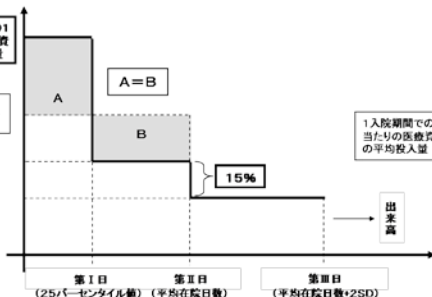
< 1日当たり定額点数・設定方式のポイント >

- 急性期入院医療における平均在院日数等のバラツキの実態（制度導入当時）を踏まえ、診療の効率化推進と早期退院インセンティブの度合のバランスから、一件あたり定額ではなく、一日あたり定額を採用
- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者（アウトライヤー）については平均在院日数+2SDを超えた部分について出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、4種類の点数設定パターンで対応

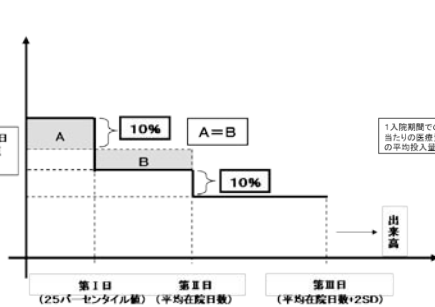
A 一般的な診断群分類



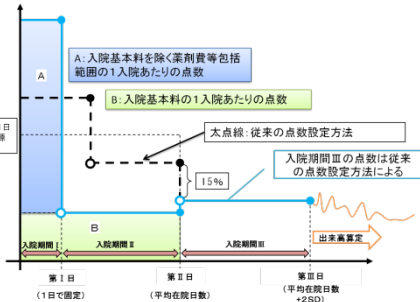
B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



D 高額薬剤に係る診断群分類(新規)



## 6. 外来診療に係るデータの提出

外来診療における出来高点数情報を新たな調査項目として加える。  
DPC病院Ⅰ群とDPC病院Ⅱ群の施設については提出を必須とし、DPC病院Ⅲ群の施設については、任意提出とする。なお、これらの対応と、データ提出加算の新設と合わせて、係数の取扱いについて整理する。

# DPCフォーマットデータ提出の評価について

## DPCフォーマットデータ提出の評価

- 急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPC対象病院ではない出来高算定病院についても、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を行う。

### (新) データ提出加算1 (入院診療のみ提出)

イ(200床以上)100点、ロ(200床未満)150点(退院時一回)

### (新) データ提出加算2 (入院診療と外来診療を提出)

イ(200床以上)110点、ロ(200床未満)160点(退院時一回)

※ DPC対象病院のデータ提出に係る評価(機能評価係数Ⅱ・データ提出係数の一部を含む)については、機能評価係数Ⅰとして当該評価との整合性を図りつつ整理

#### [施設基準]

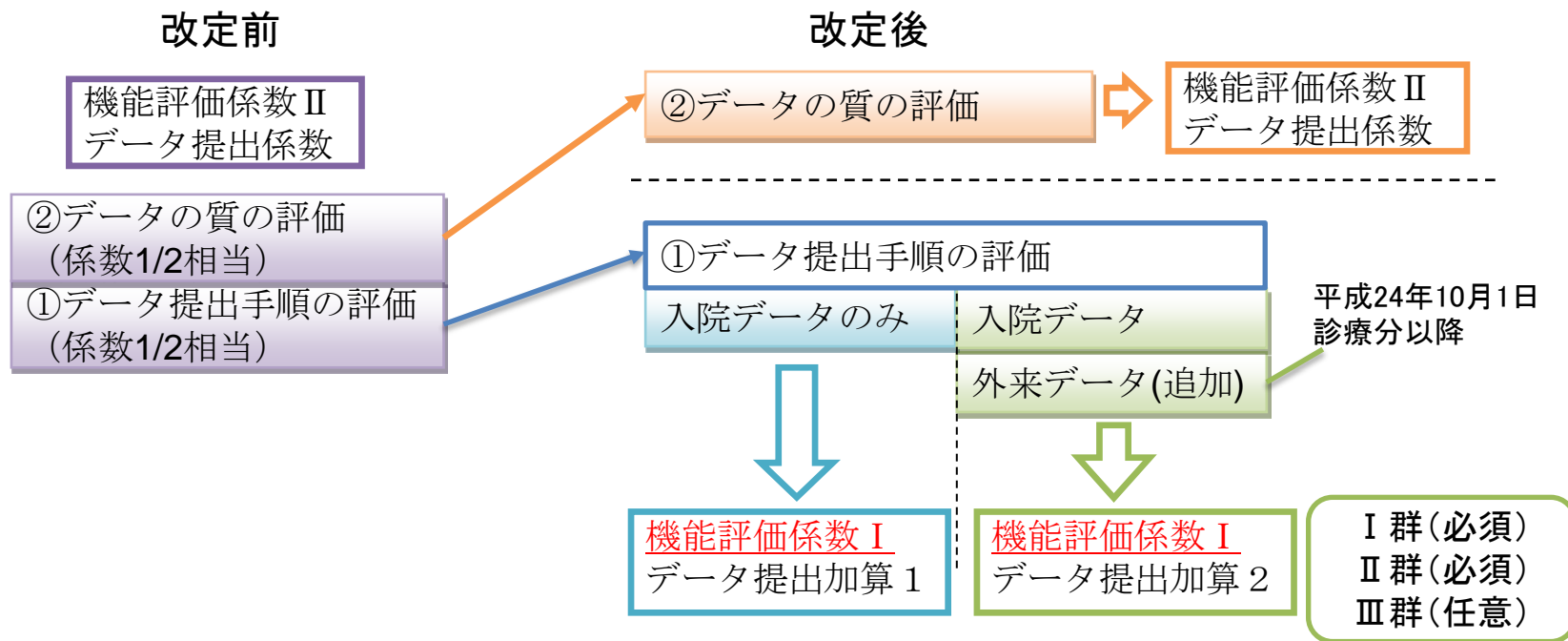
- (1) **7対1及び10対1**入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料のみ)を算定する保険医療機関であること。
- (2) **診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。(DPC対象病院以外の病院は、同等の診療録管理体制を有し、当該基準を満たすべく計画を策定している保険医療機関でも差し支えない。)
- (3) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、調査事務局と**常時連絡可能な担当者を2名指定**すること。
- (4) 「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、**年2回以上当該委員会を開催**すること。

#### [算定基準]

- **データの提出(データの再照会に係る提出も含む。)**に遅延等が認められた場合は、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。等

# 6. 外来診療に係るデータの提出

## 【イメージ図】データ提出加算の整理



### 外来データについて留意すべきこと

- 外来データの提出は平成24年10月1日診療分以降(詳細なスケジュール、仕様等は平成24年度調査実施説明資料を参照: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15>に掲載)。
- 外来データの提出は、DPC病院Ⅰ群・Ⅱ群は必須、DPC病院Ⅲ群は任意。

### DPC対象病院が留意すべきこと

- 加算の算定にあたっては厚生局への届出が必要。
- 診断群分類点数表の適用患者は機能評価係数Ⅰで評価(別途出来高算定不可)。