

次回診療報酬改定に向けた機能評価係数Ⅱの見直しについて（その2）

1. これまでの検討の概要

- 平成25年5月22日DPC分科会において、次回診療報酬改定（平成26年度）に向けた機能評価係数Ⅱの見直しについて議論を行った。
- 機能評価係数Ⅱに関する基本的な考え方については、平成24年度診療報酬改定の考え方を維持することとされた。
- 機能評価係数Ⅱについては、以下の検討課題に分けて見直しを行うこととされた。

次回改定に向けた検討課題

1. 現行6項目の内容に関する見直し
2. 7項目として新規に追加導入を検討する項目
3. 機能評価係数Ⅱと医療機関群の関係
4. 指数から係数への変換方法について
5. 各係数への報酬配分（重み付け）のあり方

- 「2. 7項目として新規に追加導入を検討する項目」については、「病院指標の作成と公開」について議論が行われ、「病院指標の作成と公開」に関する特別調査を実施することとされた。
- 「3. 機能評価係数Ⅱと医療機関群の関係」については、医療機関群のあり方と併せて考える必要があることから、引き続き医療機関群のあり方と併せて議論することとされた。
- 「4. 指数から係数への変換方法」、及び「5. 各係数への報酬配分（重み付け）のあり方」については、改定全体の影響を考慮する必要があることから、中医協総会における議論を踏まえつつ検討することとされた。

2. 現行6項目の見直しについて

- (1) データ提出指数
- (2) 効率性指数
- (3) 複雑性指数
- (4) カバー率指数
- (5) 救急医療指数
- (6) 地域医療指数

(1) データ提出指数

- ① これまでに頂いた主なご意見
- 現行では評価項目が「.9」コードの使用割合の1つしかないので、評価項目を充実させるべきではないか。
 - 様式1の記載内容の質については、レセプトの記載内容との整合性によって評価すべきではないか。
 - EFファイルの欠損などで分析対象とならないデータの提出割合が多い医療機関があると思われるので、提出されたデータのうち分析対象となった割合によって評価すべきではないか。
 - 副傷病名というのは、支払いに影響しないものについては現実問題としてほとんど書かれていないので、副傷病として重要なものをピックアップして絞った上で、副傷病名の入力を評価すべきではないか。
- ② 対応案
- データ提出指数については、「適切なDPCデータを提出することはDPC対象病院として当然である」という観点から、現行の通り、原則満点からの減点方式による評価を継続し、以下のようなDPCデータの質に関する評価項目を追加することについてどのように考えるか。

新規評価項目（案）

- 様式1に関する記載項目
 - (ア) 副傷病の記載
 - ・ 副傷病は診断群分類点数表の点数設定のために活用されることから、副傷病名の適切な記載は重要である。
 - ・ 副傷病の記載件数が著しく少ない医療機関は、減点の対象とすることについてどのように考えるか。
 - (イ) データ属性等の入力（各項目が正しく入力されているか）
 - ・ データ属性等は、DPCデータの各様式を結びつけるために必要となる重要な情報であるため、適切に記載される必要がある。
 - ・ 同じ医療機関の同じデータ識別番号の患者において、性別、生年月日、郵便番号が異なるデータがある一定以上ある場合減点することについてどのように考えるか。
 - ・ また、性別、生年月日、郵便番号の記載内容が一連の入院で変わるデータがある一定以上ある場合減点することについてどのように考えるか。
 - (ウ) DPCデータの各様式の相互比較した場合の記載内容の矛盾

- ・ 各様式の間で記載内容に矛盾がある場合、減点の対象とすることについてどのように考えるか。
 - i EF ファイルと様式 1
様式 1 の在院日数と EF で算定している入院基本料の算定回数が異なる場合減点することについてどのように考えるか。
 - ii EF と様式 4
先進医療の実施の有無が異なっている場合減点することについてどのように考えるか。
 - iii EF と D ファイル
算定している入院基本料の入力内容が異なる場合減点することについてどのように考えるか。
- その他、追加すべき評価項目はあるか。

(2) 効率性指数

① 新規項目（案）

- 後発医薬品の使用割合による評価

考え方と論点

- DPC/PDPS においては、包括範囲の使用薬剤は後発医薬品に置き換えるインセンティブがあるものと考えられるが、退院時処方や手術中に用いる薬剤等、別途出来高算定が可能となっている薬剤についても後発医薬品の使用を評価する観点から、当該医療機関に入院する患者全体で使用される後発医薬品の使用割合によって評価することについてどのように考えるか。
- 社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）に基づいて作成されている「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」において、後発品の数量シェア 60%以上が目標値として設定されていることから、当該医療機関の入院医療で使用される後発品の数量シェアが 60%以上の医療機関は満点で評価することについてどのように考えるか。

（参考）後発医薬品の数量シェア

$$= [\text{後発医薬品の数量}] / ([\text{後発医薬品のある先発医薬品の数量}] + [\text{後発医薬品の数量}])$$

(6) 地域医療指数

① これまでの経緯

- 平成 24 年度診療報酬改定において、地域医療指数において以下の評価手法を導入した。

- ◇ 「定量評価指数」を導入
(※地域における患者シェアが高い場合、その地域内での貢献度が大きいという考え方にに基づき導入。)
- ◇ 「医療機関群別の評価」を導入
- ◇ 「体制評価指数」に実績評価を導入

- 平成 25 年 5 月 22 日の DPC 評価分科会において、「体制評価指数」については、従来の「4 疾病・5 事業」に「精神疾患」および「在宅医療」を加えた「5 疾病 5 事業＋在宅医療」の医療計画に対する貢献を評価することとされた。

② これまで頂いた主なご意見

- 死亡順位第 2 位のいわゆる心疾患、急性心筋梗塞の評価がないことは問題なのではないか。
- 急性心筋梗塞に関するプロセスの指標あるいはアウトカムの指標が DPC から算出され多くの病院団体等で導入されていることを踏まえ、プロセスやアウトカムの観点から評価すべきではないか。
- 高齢化が進んで認知症の患者が増えていること、また救急で精神疾患をベースに持っている患者が増えているので、DPC 病院における精神科の役割を評価すべきではないか。
- 在宅医療については、DPC 病院を評価する場合、在宅医療自体の実施ではなく、在宅医療の支援の実施を評価することが適切であると考えられるが、「在宅療養支援病院」は 200 床未満の医療機関が対象であること等から、現時点で在宅医療に関する指標を作るのは難しいのではないか。

③ 問題点

- 平成 24 年度診療報酬改定において、「医療機関群別の評価」の導入、体制評価指数の中に「実績評価」が加わったことなどから、地域医療指数の評価方法が複雑化しており、現行の評価方法の枠組みにおいて体制評価指数の評価内容をより精緻にしようとする場合は、項目数（現行 10 個）がさらに増加するため、さらなる複雑化を招いてしまう懸念がある。

- また、現行の体制評価指数では評価対象とはなっていない「急性心筋梗塞」のように、体制評価による評価は難しいが、定量評価ならば評価が行いやすいと指摘されている評価項目がある。

④ 対応案

- 「地域における患者シェアによる評価」及び「医療機関群別の評価」の考え方を維持しつつ、「5疾病5事業+在宅医療」のそれぞれの特性に応じた評価方法を導入するため、各疾病・事業について「体制評価」に加え「定量評価」を導入し、各疾病・事業毎に可能な限り評価方法の導入を検討することとしてはどうか。
- また、「地域医療指数による評価項目に係る基本的な考え方」及び「医療機関別の評価の考え方」については、以下の通り整理することとしてはどうか。

【地域医療指数による評価項目に係る基本的な考え方】

- i 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針（医政局指導課発）」等、医療計画にかかる指針等に基づくこと。
- ii 主として急性期入院医療を行う病院（DPC 対象病院）が担うこととされている役割に係るものであること。
- iii 入院医療に係るものであり、客観的な評価が可能であること。
- iv 社会的な要請の度合いが相対的に高いと考えられること。
- v 地域医療指数による評価によって、DPC 対象病院にとって医療計画への貢献のインセンティブとなることが期待できること。

【医療機関群別の評価の考え方】

- 体制評価については、Ⅰ群・Ⅱ群は3次医療圏単位、Ⅲ群は2次医療圏単位で見た場合に妥当であると考えられる評価方法を基本とする。
- 定量評価については、Ⅰ群・Ⅱ群は3次医療圏単位、Ⅲ群は2次医療圏単位による評価方法（患者シェア等）を基本とする。

(3) カバー率指数

(4) 複雑性指数

(5) 救急医療指数

- 現行の評価方法を継続することについてどのように考えるか。

3. その他について

○ その他、平成 25 年 5 月の DPC 評価分科会において、以下の様な意見があった。

(1) 適切な保険診療の評価について

- ・ レセプトの未コード化病名の使用率により評価すべきではないか。
- ・ 臨床研修医に対する保険診療の教育の評価をすべきではないか。

(2) 外来 EF ファイルの提出について

- ・ 外来 EF ファイルの提出は、機能評価係数Ⅱによる評価は不要で、Ⅲ群病院も提出を必須化すべきではないか。

4. 今後の対応案

○ 機能評価係数Ⅱの検討状況については、次回の DPC 評価分科会で基礎係数のあり方に関する検討状況等と合わせ中間報告案を取りまとめた上で、中医協総会に中間報告することとしてはどうか。

I 平成 24 年度改定における機能評価係数Ⅱの見直しについて

○ 機能評価係数Ⅱは平成 24 年度改定において、下記のとおり見直しを行った。

(参考) 平成 24 年度改定における機能評価係数Ⅱの各項目の見直しの概要

(平成 24 年 2 月 10 日中医協 総-1 一部抜粋)

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。

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。

⑥地域医療指数

ア) 退院患者調査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様な見直しを行う(見直し後の項目のイメージは下表参照)。

<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。また、各医療機関群の特性に対応して評価基準を設定。

- ①脳卒中地域連携、②がん地域連携、③地域がん登録、④救急医療、
- ⑤災害時における医療、⑥へき地の医療、⑦周産期医療、
- ⑧がん診療連携拠点病院、⑨24 時間 t-PA 体制、
- ⑩EMIS (広域災害・救急医療情報システム)

II 平成 26 年度改定における対応について（案）

- 平成 26 年度改定に向けた機能評価係数Ⅱに係る基本的な考え方については、平成 24 年度改定の考え方を維持することとしてはどうか。

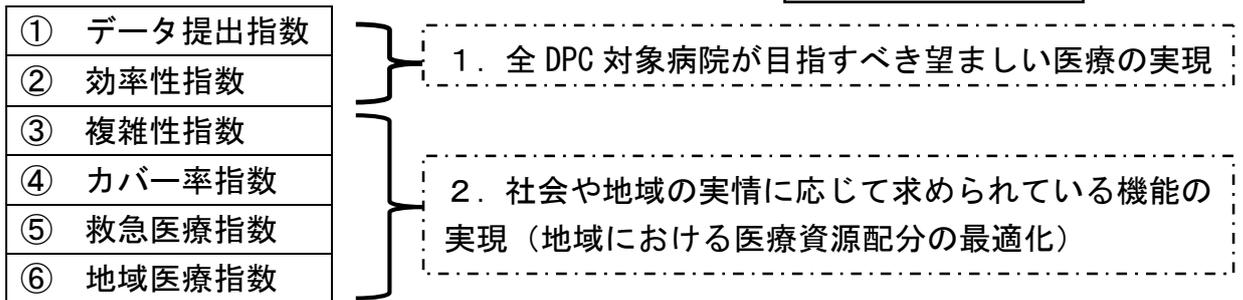
平成 24 年度改定における機能評価係数Ⅱの基本的な考え方について
(平成 23 年 9 月 21 日 DPC 評価分科会 D-1-3 抜粋)

- DPC 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（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）を評価する。
- 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
 - ① 医療の透明化（透明化）
 - ② 医療の質的向上（質的向上）
 - ③ 医療の効率化（効率化）
 - ④ 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
 - ① 高度・先進的な医療の提供機能（高度・先進性）
 - ② 総合的な医療の提供機能（総合性）
 - ③ 重症患者への対応機能（重症者対応）
 - ④ 地域で広範・継続的に求められている機能（4 疾病等）
 - ⑤ 地域の医療確保に必要な機能（5 事業等）

【（参考）現行の機能評価係数Ⅱの6項目の考え方】

診調組 D-2-1（一部改変）
23. 10. 14



- 次回改定での機能評価係数Ⅱの見直しについては、現行6項目に関する見直し、7項目として新規に追加導入を検討する項目、医療機関群との関係、指数から係数への変換方法について、各係数への報酬配分（重み付け）のあり方の5点に整理して検討を進めることとしてどうか。

検討課題（案）

1. 現行6項目の内容に関する見直し
2. 7項目として新規に追加導入を検討する項目
3. 機能評価係数Ⅱと医療機関群の関係
4. 指数から係数への変換方法について
5. 各係数への報酬配分（重み付け）のあり方

- 「3. 機能評価係数Ⅱと医療機関群の関係」については、医療機関群のあり方と併せて考える必要があることから、次回以降のDPC分科会で医療機関群のあり方と併せて議論することとしてはどうか。
- 「4. 指数から係数への変換方法」、及び「5. 各係数への報酬配分（重み付け）のあり方」については、改定全体の影響を考慮する必要性があることから、中医協総会における議論を踏まえつつ今後検討することとしてはどうか。

Ⅲ 具体的な検討について

1. 現行6項目に関する見直し

(1) データ提出指数について

(ア) 現行の評価方法

【①データ提出指数】

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。

- ・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。

(イ) これまでにいただいた主なご意見等

- 現行の評価方法では、減算の要件が1つだけでほとんどの医療機関が満点となっており、あまり存在意義がないのではないか。

(ウ) 検討すべき事項

- ① Ⅲ群病院の外来EFファイルのデータ提出を機能評価係数Ⅱにおいて評価することについてどう考えるか。
- ② データの質の評価の対象を病名コード以外に拡大することについてどう考えるか。（例：様式1の項目等）
- ③ 臨床研修病院については、臨床研修医に対する適切な保険診療の教育を推進することを評価することについてどう考えるか。

(2) 地域医療指数について

(ア) 現行の評価方法（※詳細は別表2参照）

【⑥地域医療指数】

以下の指数で構成する。

| 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 | 1) 小児（15歳未満） | 1/4 |
| | 2) 上記以外（15歳以上） | 1/4 |

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）。

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。

【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。

【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。

(イ) 考え方

- 平成24年度改定において、体制評価指数については、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が医療計画に定める事項（いわゆる4疾病・5事業（平成23年4月時点））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した。

中医協 総-1（一部改定）
24. 2. 10

＜地域医療指数・体制評価指数のイメージ(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):平成24年改定で新規に追加した項目

黄色:実績評価の要素を加味する項目

(ウ) 論点

- 平成 24 年 4 月 1 日より、新たな厚生労働省告示が適用され、都道府県は従前の「4 疾病・5 事業」に加え、新たに精神疾患および居宅等における医療（在宅医療）（「5 疾病・5 事業および在宅医療」）について医療計画を定めるものとされたことを踏まえ、総合病院精神科や在宅医療について地域医療指数で評価することについてどう考えるか。
- 医師派遣機能を地域医療指数の中で評価することについてどのように考えるか。

(3) その他 4 指数（②効率性指数、③複雑性指数、④カバー率指数、⑤救急医療指数）について

(ア) 現行の評価方法

【②効率性指数】

〔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〕

※ 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。

※ 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。

【③複雑性指数】

〔各 DPC（診断群分類）ごとに当該医療機関の包括範囲出来高点数を全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた場合の平均一患者あたり一入院あたり包括点数〕 / 〔全病院の平均一患者あたり一入院あたり包括点数〕

※ 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。

※ 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。

【④カバー率指数】

〔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】

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〕

(イ) 論点

- ① 現行の評価手法を継続するべきか。

2. 追加導入を検討する項目

(1) 病院指標の作成と公開について

(ア) 概要

○ これまでの経緯

- ・病院指標の作成と公開については、平成 24 年度改定に向けた検討の中で、「診療情報の提供や活用等、診療の透明化や改善の努力の評価」の観点から、機能評価係数Ⅱの新規追加項目として検討されたが、公表の様式（フォーマット）も含めた適切な評価対象の設定が重要との指摘がなされ、平成 26 年度改定に向け引き続き検討することとなった。
- ・平成 24 年 12 月 7 日の DPC 分科会において、藤森委員が病院指標の素案を報告し、その素案について検討を行った。

○ 概要

- ・一般市民への情報公開の促進、医療機関自身の地域における役割の見直しの促進、医療機関の DPC データの分析力と説明力の向上、DPC データの精度の向上を目的として、全国統一の定義と形式に基づき病院指標を医療機関自ら作成し、市民向けに情報公開を進める。

現在提唱されている 7 項目の案（H24. 12. 7 藤森委員提出より）

- (1) 年齢階級別退院患者数
- (2) 診療科別症例数トップ 3
- (3) 初発の 5 大癌の UICC 病期分類別ならびに再発患者数
- (4) 成人市中肺炎の重症度別患者数等
- (5) 脳梗塞の ICD10 別患者数
- (6) 診療科別主要手術の術前、術後日数 症例数トップ 3
- (7) その他（DIC、敗血症等の発生率）

(イ) これまで頂いた意見等を踏まえた検討すべきと考えられる課題

A) 診療報酬上の評価に係る検討課題

- 病院情報を一般市民に向けて公開することを診療報酬で評価することについてどのように考えるか。
- 単に公表されているデータ等を一方的に提示するだけでは評価に値しないのではないか。
- 診療報酬での評価対象とする場合、機能評価係数Ⅱの 7 項目の新規項目として追加すべきか、あるいはデータ提出指数の中で評価すべきか。

B) その他の検討課題

- 症例数トップ 3 を DPC14 桁コードで行うと説明が難しくなるので、6 桁コードもしくは 8 桁コードが適当なのではないか。
- 成人の肺炎については、「施設からの入院は対象とする」「他院からの転院は対象としない」としたことの妥当性について、地域連携の観点から

さらに検討した方が良いのではないか。

- 重症例を扱っている病院が「副作用の頻度（アドバースイベント）」で不利となる可能性があるので、不利にならないよう考慮すべきではないか。
- 不正確な情報が公表されることで市民が誤解をする危険性はないか。
- 説明文を書いても、説明文が読まれず、病院ランキングのように数が一人歩きする可能性があるのではないか。
- 公開するサイトは、各医療機関のホームページか厚労省のホームページどちらが適切か（あるいは両方に公開するべきか）。
- 各医療機関で公開する場合、ホームページを持っていない病院や適切なサイトのメンテナンスが行われていない病院について、どのように対応するのか。

(ウ) 今後の対応（案）

- 病院指標の作成の公開について、実行可能性や効果等について検証するため、特別調査を実施することとしてはどうか。
- 機能評価係数として評価するか否かについては、特別調査の結果を踏まえ検討することとしてはどうか。

(2) その他機能評価係数Ⅱとして新規に追加を検討する項目について

- その他に追加を検討すべき項目はあるか。

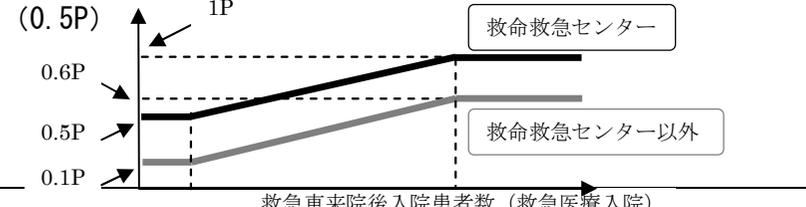
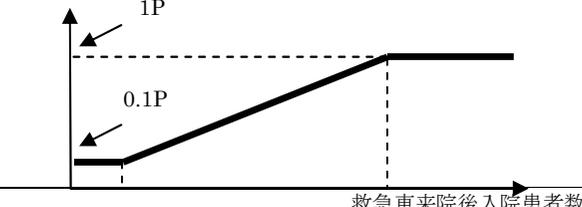
<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容>

| <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データの質を評価 | 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。 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。 |
| 2) 効率性指数 | 各医療機関における在院日数短縮の努力を評価 | 〔全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※ 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。 ※ 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。 |
| 3) 複雑性指数 | 重症な患者に対する診療について評価 | 〔各 DPC (診断群分類) ごとに当該医療機関の包括範囲出来高点数を全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた場合の平均一患者あたり一入院あたり包括点数〕 / 〔全病院の平均一患者あたり一入院あたり包括点数〕 / 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※ 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。 ※ 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。 |
| 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 | <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="898 264 2065 483"> <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（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）</td> <td></td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">② 定量評価指数</td> <td>3) 小児（15 歳未満）</td> <td>1/4</td> </tr> <tr> <td>4) 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 10 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 7 ポイントとする。</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（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 | 3) 小児（15 歳未満） | 1/4 | 4) 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 | 3) 小児（15 歳未満） | 1/4 | | | | | | | | | | | |
| | 4) 上記以外（15 歳以上） | 1/4 | | | | | | | | | | | |

＜地域医療指数・体制評価指数＞

地域医療計画等における一定の役割を 10 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 7 ポイント）。

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

| 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"> 「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がん診療連携拠点病院 | <ul style="list-style-type: none"> 「都道府県がん診療連携拠点の指定」を重点的に評価（1P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」は 0.5P 準じた病院（右欄※参照）としての指定は評価対象外（0P） | 「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 | 「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） | |