

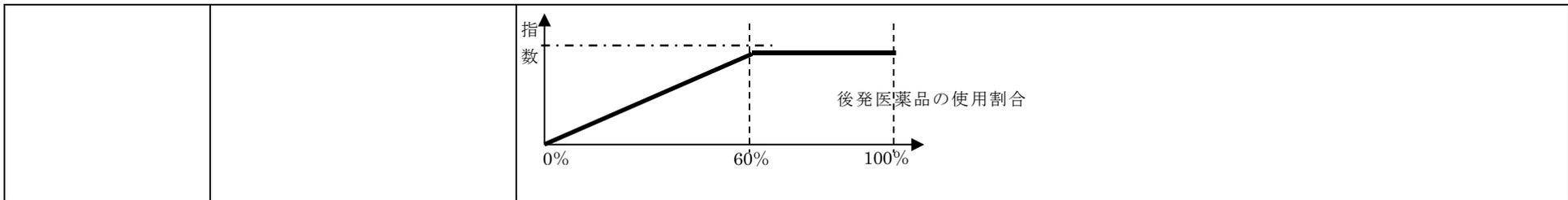
<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成26年度）>（太字は平成26年改定における修正内容）

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

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
1) 保険診療指数	DPC対象病院における、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	<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」の使用割合による評価） 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <p>② 適切なDPCデータの提出（様式間の記載矛盾による評価） <u>当該医療機関において、以下のいずれかに該当するDPCデータの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</u></p> <p>i 様式1の親様式・子様式 <u>データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）の矛盾</u></p> <p>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</u></p> <p>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</u></p> <p>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</u></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0.05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>毎年10月1日時点において、当該医療機関において下記を満たす場合、当該評価を0.05点加算する。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>規定の手順により、当該医療機関から出向して以降6か月以上指導医療官として勤務している者がいる場合（ただし、1年以上在籍しない場合は実績と見なさない）</u> ・<u>規定の手順により指導医療官として勤務後、大病院に復帰した日から1年以内の者がいる場合（ただし、復帰後に当該医療機関において保険診療の教育に携わっていない場合は実績と見なさない）</u>

		<u>(※平成 27 年度は、募集開始の際に応募し採用された者がいる医療機関を評価対象とする)</u>
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	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	〔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〕 ※ 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〔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>救急医療管理加算 2 に相当する症例は、加算 1 に相当する症例の半分の比重によって評価</u> <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> <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> ・ <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> <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> <u>「救急医療入院」の患者</u>

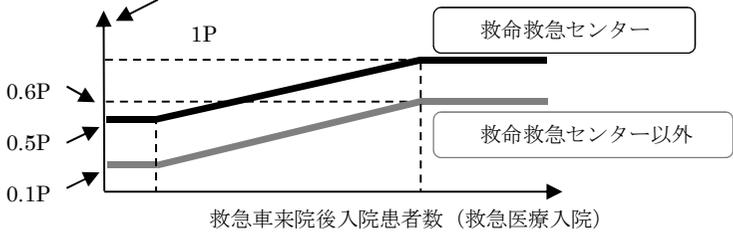
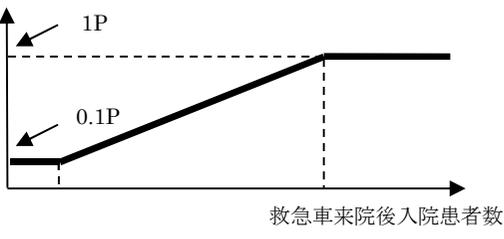
6) 地域医療指数	<p>地域医療への貢献を評価 (中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価)</p>	<p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" data-bbox="891 193 2011 517"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数（内訳）</th> <th>評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">① 体制評価指数 計 12 項目（各 1 ポイント） <u>I・II 群は評価上限 10 ポイント</u> <u>III 群は評価上限 8 ポイント</u></td> <td>1/2</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・II 群は 10 ポイント、III 群は 8 ポイント</u> とする。</p> <p>② 定量評価指数（評価に占めるシェアは 1) 2) それぞれ 1/4 ずつ） 〔当該医療機関の所屬地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所屬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 計 12 項目（各 1 ポイント） <u>I・II 群は評価上限 10 ポイント</u> <u>III 群は評価上限 8 ポイント</u>		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
地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア											
① 体制評価指数 計 12 項目（各 1 ポイント） <u>I・II 群は評価上限 10 ポイント</u> <u>III 群は評価上限 8 ポイント</u>		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											
7) 後発医薬品指数	<p>各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価</p>	<p>当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア（＝〔後発医薬品の数量〕 / 〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕 + 〔後発医薬品の数量〕）により評価。 （※数量とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。） ※数量ベースで 60% を評価上限とする。 ※計算には社会保険診療報酬支払基金の医薬品マスターを利用。</p>											



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

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

評価項目（各 1P）	DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群	DPC 病院 III 群
①脳卒中地域連携 （DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群において実績評価を加味）	脳卒中を対象とした場合に限り評価。当該医療機関を退院した患者について、「B005-2 地域連携診療計画管理料」を算定した患者数 / [医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である患者数] で評価（実績に応じて 0～1P）	脳卒中を対象とする。 「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（I）」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（II）」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
②がん地域連携 （DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群において実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数 / [医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数] で評価（実績に応じて 0～1P）	「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
③地域がん登録 （実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、[医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（当該都道府県内の患者分に限る）] / [医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である医療機関所在都道府県内の初発の患者数（同一患者の複数回受診は除いて計算）] で評価（実績に応じて 0～1P）	
④救急医療 （実績評価を加味）	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価（0.5P）、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価（0.1P）。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）

実績評価	<p>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)</p> 	<p>救急車で来院し、入院となった患者数 (0.9P)</p> 
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	<p>「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関 (※) の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価 (0.5P ずつ)</p> <p>(※)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</p>	<p>「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関 (※) の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価 (いずれかで 1P)</p> <p>(※)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</p>
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「小児がん拠点病院」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」、「小児がん拠点病院の指定」もしくはそれに準じた病院 (※) としての指定を受けていることを評価 (いずれかで 1P)</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。(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。)</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	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)	

急医療情報システム)	
①急性心筋梗塞の 24 時間診療体制	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院 2 日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価（実績に応じて 0～1P）
②精神科身体合併症の受入体制	「A230-3 精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価（1P）

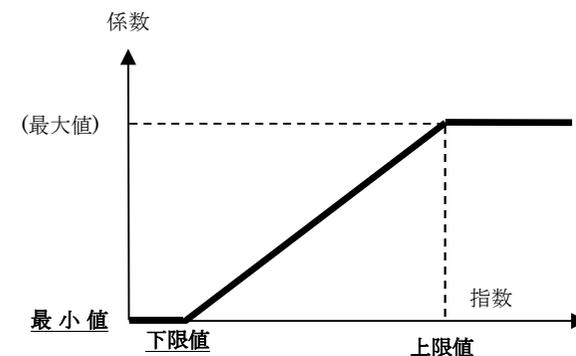
【補足】体制に係る指定要件については、平成 25 年 9 月 30 日までに指定を受けていること（平成 25 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

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

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			各医療機関群で評価
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	各医療機関群で評価
カバー率	1.0	0	0 (※1)	各医療機関群で評価
救急医療	97.5%tile 値	0 (※2)	0	全群共通で評価
地域医療 (定量)	1.0	0	0	各医療機関群で評価
(体制)	1.0	0	0	
後発医薬品	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価

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

※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する



<地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目>

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

