

# 基礎係数(医療機関群)

# 医療機関群の選定に係る実績要件

## Ⅱ群病院の選定要件

➤ Ⅱ群病院(高機能な病院群)の選定に係る実績要件について、内科系技術の評価を追加する。

- 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群とする。

【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(全病院患者構成で補正；外的要因補正)	
【実績要件2】：医師研修の実施	許可病床1床あたりの臨床研修医師数 (基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで)	
【実績要件3】：高度な医療技術の実施 (6項目のうち5項目以上を満たす)	外保連試案	(3a)：手術実施症例1件あたりの外保連手術指数
		(3b)：DPC算定病床当たりの同指数
		(3c)：手術実施症例件数
	特定内科診療	(3A)：症例割合
		(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数
		(3C)：対象症例件数
【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)	

## 医療機関群・基礎係数

[各病院群の基礎係数(平成28年度)]

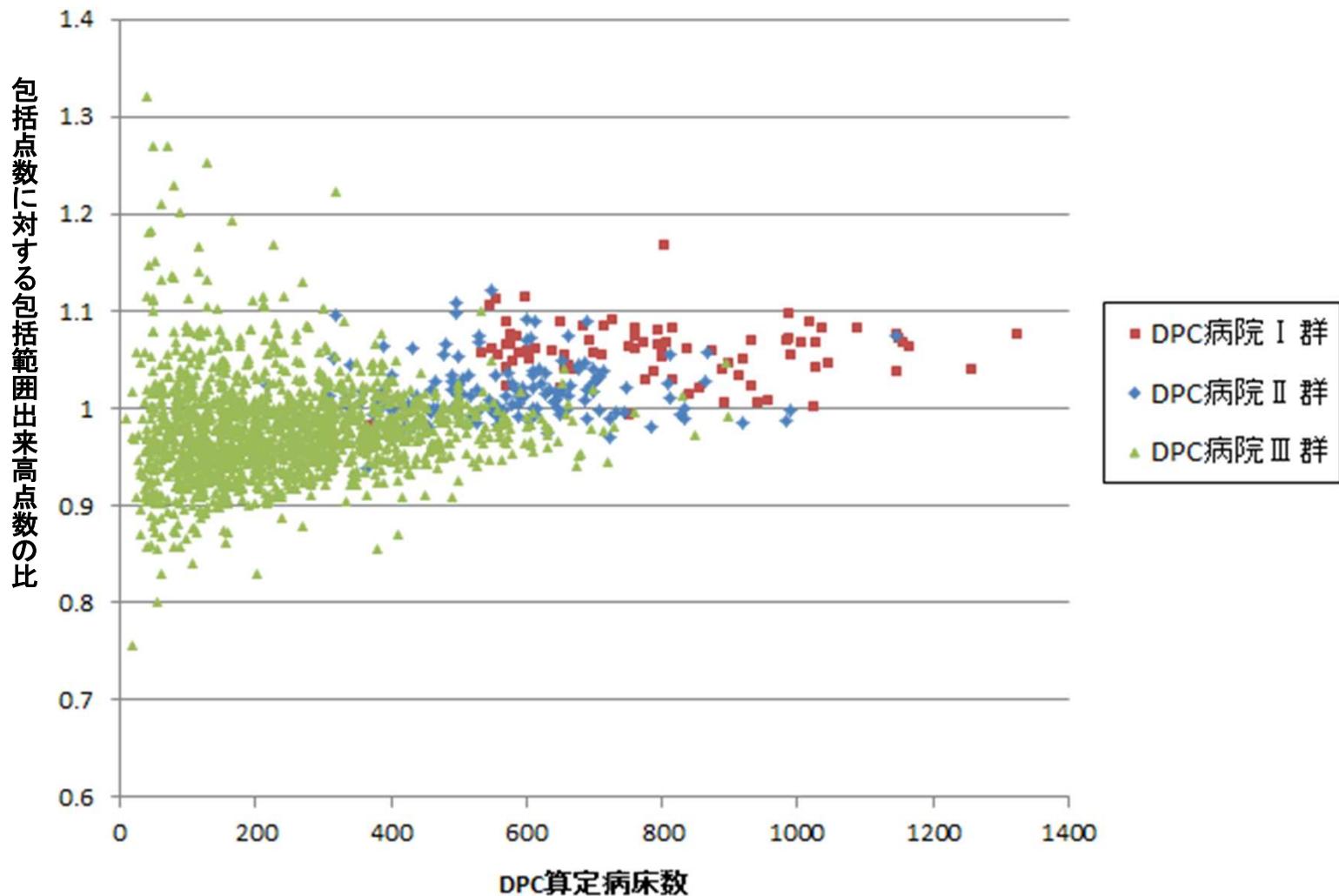
$$= \{ [各病院群の包括範囲出来高点数^{*1}の平均値^{*2}] \times [改定率^{*3}] \} / [各病院群のDPC点数表^{*4}に基づく包括点数^{*5}の平均値^{*2}]$$

- \*1 改定前の出来高点数表に基づく実績値(退院患者調査)。但し、改定での入院基本料や包括範囲の見直しは補正して反映。
- \*2 当該病院群の全病院・全包括対象患者(改定後)の1入院あたりの平均値。
- \*3 平成28年度改定では(1-0.0103)となる。特例市場拡大再算定分は点数表へ別途反映。
- \*4 DPC点数表は例外的な症例(アウトライヤー)を除外して集計・点数設定される。基礎係数の全病院群・加重平均値は1.0を上回る。
- \*5 医療機関別係数を乗じる前のDPC点数表に基づく1入院あたりの包括点数。

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC病院Ⅰ群	82	1.1354
DPC病院Ⅱ群	140	1.0646
DPC病院Ⅲ群	1,442	1.0296
合計	1,664	

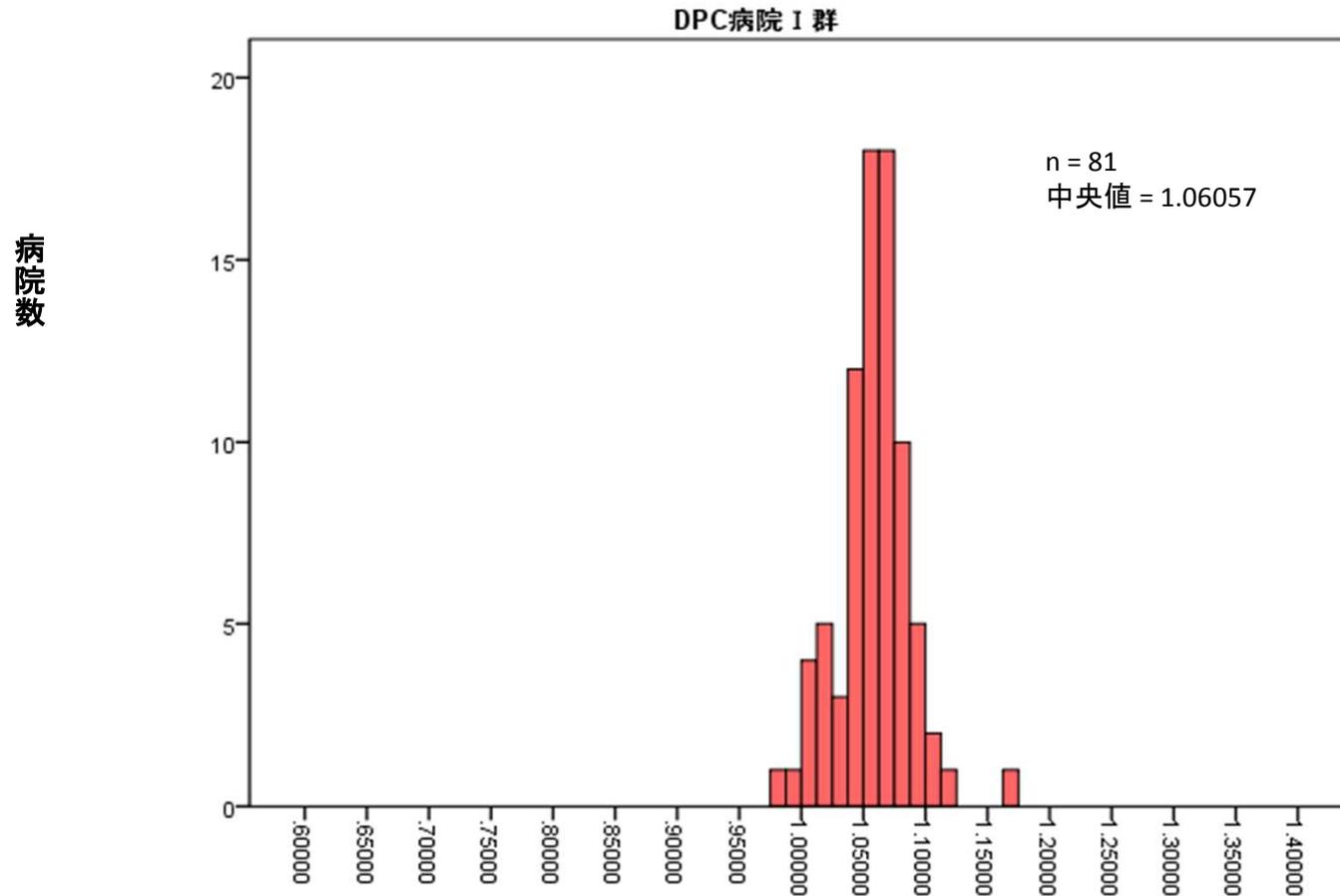
# 包括点数(※)に対する包括範囲出来高点数の比と病床数の関係

診調組 D-2別添1  
29.2.9



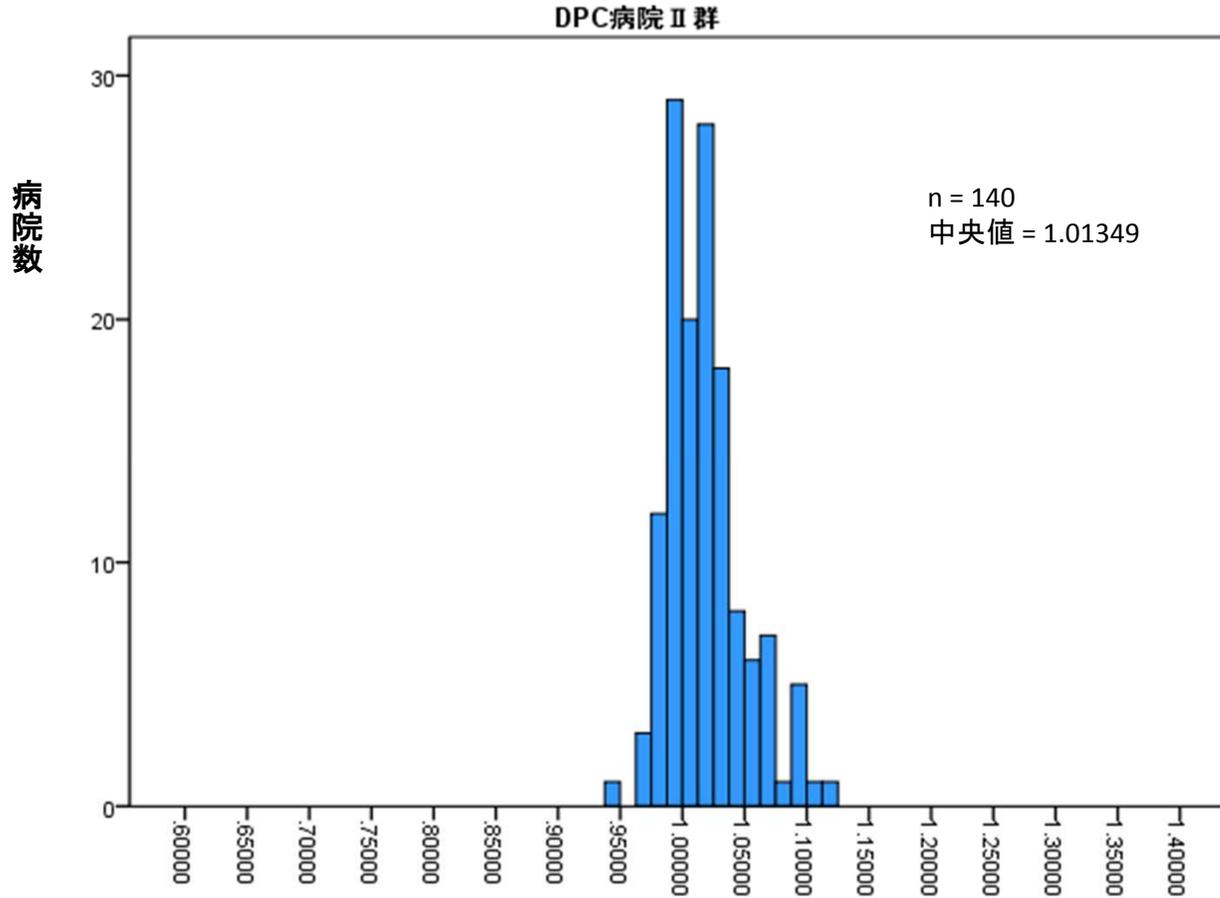
※包括点数:診断群分類点数表に基づく点数

# 包括点数に対する包括範囲出来高点数の比の分布(I群)



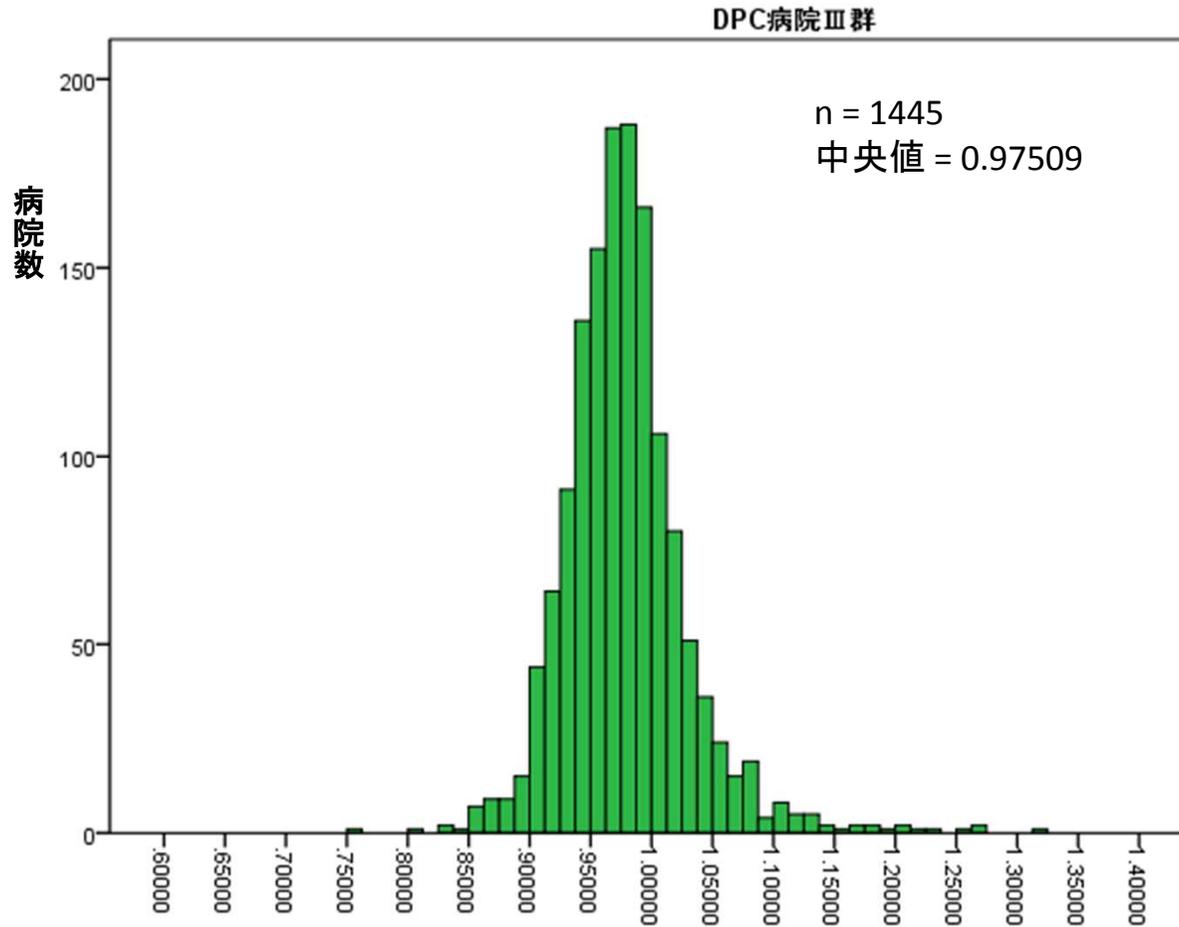
包括点数に対する包括範囲出来高点数の比 (平成26年10月～平成27年9月データ)

# 包括点数に対する包括範囲出来高点数の比の分布(Ⅱ群)



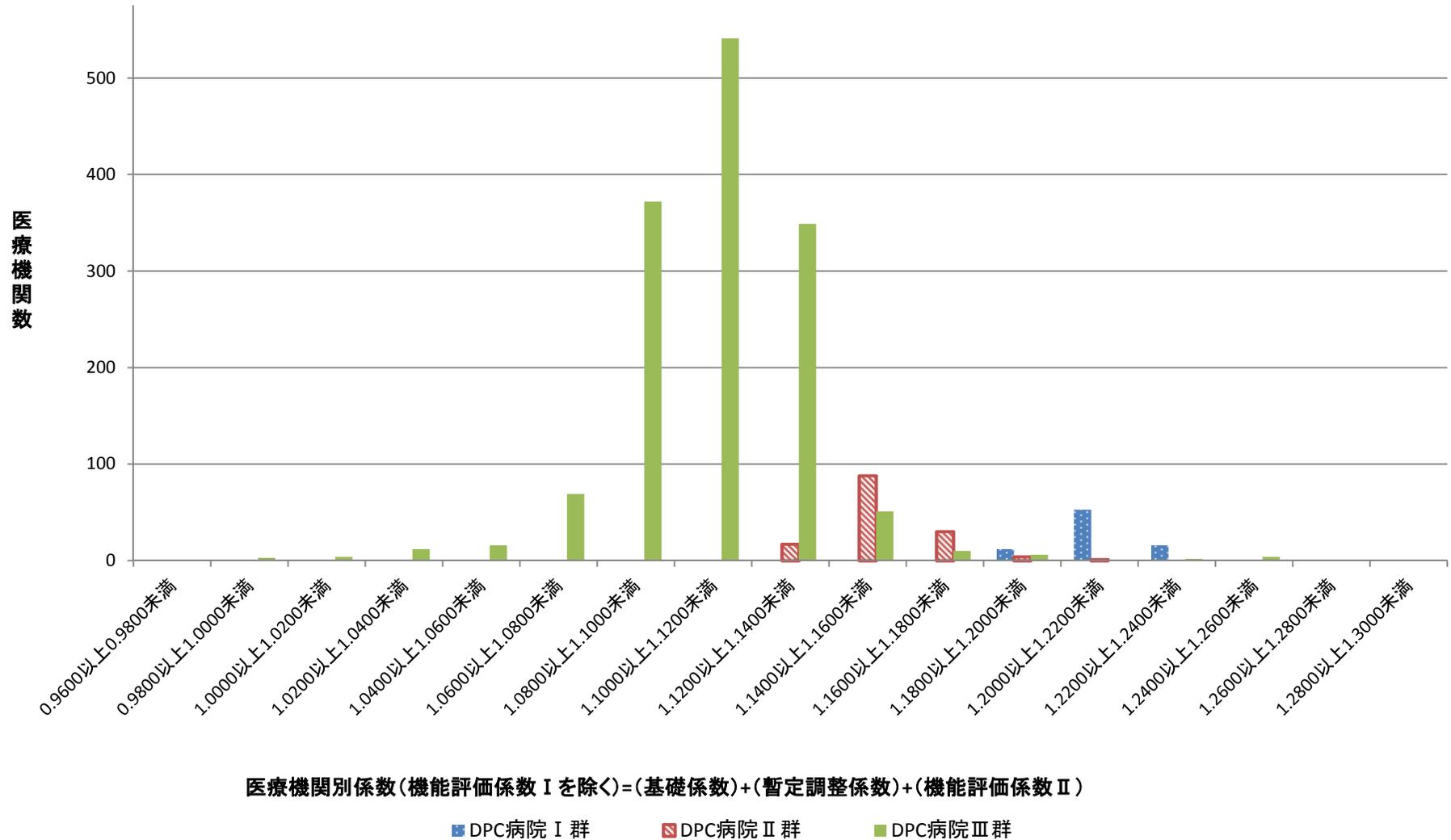
包括点数に対する包括範囲出来高点数の比 (平成26年10月～平成27年9月データ)

# 包括点数に対する包括範囲出来高点数の比の分布(Ⅲ群)



包括点数に対する包括範囲出来高点数の比 (平成26年10月～平成27年9月データ)

# 平成29年度医療機関別係数の分布



# 機能評価係数Ⅱ

# 【図8】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関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。

# 新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方

※ 平成20年12月17日 中医協・基本問題小委員会において承認

1. DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
2. DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点(医療全体の質の向上)が期待できる係数を検討するべきではないか。
3. DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
4. 地域医療への貢献という視点も検討する必要性があるのではないか。
5. DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。  
その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
6. DPC対象病院であれば、すでに急性期としてふさわしい一定の基準を満たしていることから、プラスの係数を原則としてはどうか。
7. その他の機能評価係数として評価することが妥当なものがあれば検討してはどうか。

# 機能評価係数Ⅱ(1)

項目	名称	評価の考え方	評価方法
1	データ提出指数	対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献することを評価	<p>[指数](平成23年4月より評価)</p> <p>①「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を50%・1ヶ月の間、減じる。</p> <p>②「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」については、当該評価を5%・1年の間、減じる。</p>
2	効率性指数	平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した在院日数の相対値により評価	<p>[指数]</p> <p>= [全DPC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、10症例(10か月)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	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における一入院あたり包括点数の相対値により評価	<p>[指数]</p> <p>= [当該医療機関の包括点数(一入院あたり)を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数に置き換えた点数] / [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、10症例(10か月)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、当該病院で算定している診断群分類の広がり(種類の多さ)により評価	<p>[指数]</p> <p>= [当該医療機関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]</p> <p>※ 当該医療機関において、10症例(10か月)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>

# 機能評価係数Ⅱ(2)

中医協 総-3-1別紙  
2 3 . 1 . 2 1

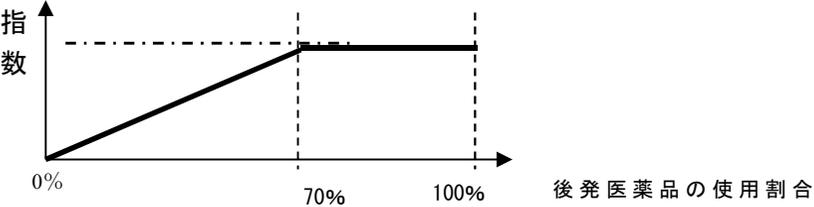
項目	名称	評価の考え方	評価方法
5	地域医療 指数	地域医療への貢献による評価	<p>[指数](平成22年8月より評価)            = 以下の各項目ごとに1ポイントを加算した総ポイント数(0~7ポイント)</p> <p>①「脳卒中地域連携」            脳卒中を対象とする「B005-2地域連携診療計画管理料」、「B005-3地域連携診療計画退院時指導料(I)」又は「B005-3-2地域連携診療計画退院時指導料(II)」を算定している医療機関を評価</p> <p>②「がん地域連携」            「B005-6がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2がん治療連携指導料」を算定している医療機関を評価</p> <p>③「地域がん登録」            地域がん登録への参画の有無を評価</p> <p>④「救急医療」            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、拠点型若しくは共同利用型の施設又は救急救命センターを評価</p> <p>⑤「災害時における医療」            DMAT(災害派遣医療チーム)指定の有無を評価</p> <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</p> <p>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の有無を評価</p>
6	救急医療 係数	包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等について救急患者に占める割合により評価	<p>= 緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの包括範囲の費用の差額を、医療機関ごとに診断群分類及び救急患者の数に応じて評価</p>

# ＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容(平成28年度)＞

診調組 D-2-3参考2  
2 8 . 1 1 . 9

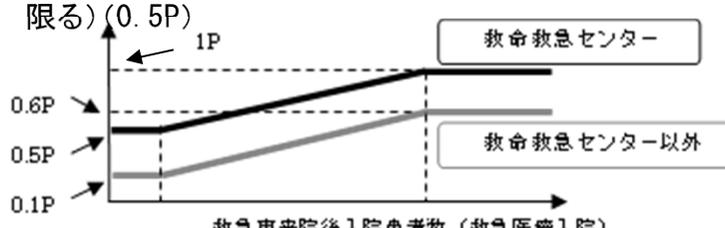
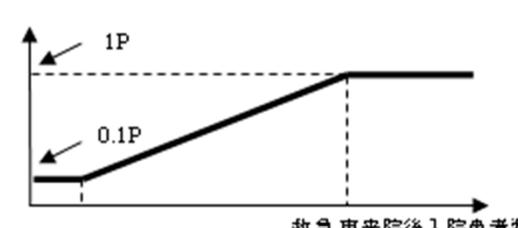
＜項目＞	評価の考え方	評価指標(指数)
1) 保険診療指数	DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組・公表を評価。また、医療機関群(Ⅰ群・Ⅱ群)における総合的な機能を評価。	<p>原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。</p> <p>① 適切なDPCデータの提出(「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価) 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <p>② 適切なDPCデータの提出(様式間の記載矛盾による評価) 当該医療機関において、以下のいずれかに該当する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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i 様式1の親様式・子様式 : データ属性等(郵便番号、性別、生年月日等)の矛盾</li> <li>ii 様式1とEFファイル : 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</li> <li>iii 様式4とEFファイル : 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</li> <li>iv DファイルとEFファイル : 記入されている入院料等の矛盾</li> </ul> <p>③ 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 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。</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) 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定期間派遣した場合、当該評価を0.05点加算する。</p> <p>⑤ <u>それぞれの医療機関群における総合的な機能を評価</u> <u>本院よりも機能が高い分院(DPC対象病院)を持つ大学病院本院(Ⅱ群病院の選定にかかる各実績要件の9項目のうち、5項目以上において、分院が本院上回っている場合)、Ⅱ群の実績要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院、精神病床を備えていない又は医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びⅡ群病院において、それぞれ該当した場合に0.05点減算する。</u></p> <p>⑥ <u>病院情報の公表への取組の評価</u> <u>自院のホームページ上でデータの集計値を公表した場合に0.05点加算する(平成29年度以降の評価導入を検討)。</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>

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)											
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)の支払い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>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]</p> <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】</p> <p>「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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「A205救急医療管理加算」・「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」</li> <li>・「A300救命救急入院料」 ・「A301-4小児特定集中治療室管理料」</li> <li>・「A301特定集中治療室管理料」 ・「A302新生児特定集中治療室管理料」</li> <li>・「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」 ・「A303総合周産期特定集中治療室管理料」</li> </ul> <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】</p> <p>「救急医療入院」の患者</p>											
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)	<p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" data-bbox="721 1072 1846 1343"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="721 1072 1539 1115">地域医療指数(内訳)</th> <th data-bbox="1539 1072 1846 1115">評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="721 1115 1135 1250">① 体制評価指数</td> <td data-bbox="1135 1115 1539 1250">計12項目(各1ポイント) I・II群は評価上限10ポイント III群は評価上限8ポイント</td> <td data-bbox="1539 1115 1846 1250">1/2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="721 1250 1135 1343" rowspan="2">② 定量評価指数</td> <td data-bbox="1135 1250 1539 1293">1) 小児(15歳未満)</td> <td data-bbox="1539 1250 1846 1293">1/4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1135 1293 1539 1343">1) 上記以外(15歳以上)</td> <td data-bbox="1539 1293 1846 1343">1/4</td> </tr> </tbody> </table>	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) I・II群は評価上限10ポイント III群は評価上限8ポイント	1/2	② 定量評価指数	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	計12項目(各1ポイント) I・II群は評価上限10ポイント III群は評価上限8ポイント	1/2											
② 定量評価指数	1) 小児(15歳未満)	1/4											
	1) 上記以外(15歳以上)	1/4											

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)
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>(続き)</p> <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3参照)。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Ⅰ・Ⅱ群は10ポイント、Ⅲ群は8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。 【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。</p>
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、厚生労働省が公表するマスターを元に数えた数量をいう。 ※数量ベースで70%を評価上限とする。</p> 
8) 重症度指数	<p>診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価</p>	<p>当該医療機関における〔包括範囲出来高点数〕／〔診断群分類点数表に基づく包括点数〕を評価する。 (ただし救急医療指数で既に評価されている救急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外する。)</p>

# <地域医療指数・体制評価医師数(平成28年度)>

診調組 D-2-3参考2  
2 8 . 1 1 . 9

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(H27) (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。 「A246地域連携診療計画加算(退院支援加算注4)又は「B009 地域連携診療計画加算(診療情報提供料(I)注14」のいずれかの施設基準を取得していることを評価(1P)
①脳卒中地域連携(H28) (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、「A246 地域連携診療計画加算(退院支援加算注4)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)	
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 実績評価	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)
	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
④災害時における医療	「災害拠点病院」と「DMATの指定」をそれぞれ評価(0.5Pずつ)	「災害拠点病院」又は「DMATの指定」の有無を評価(いずれかで1P)
⑤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)	
⑥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)
⑦がん拠点病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「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)</li> <li>・「地域がん診療連携拠点病院の指定」(0.5P)</li> <li>・「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」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」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」及び「特定領域がん診療連携拠点病院」の指定を受けていることを評価(いずれかで1P)
⑧24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)	
⑨EMIS(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)	
⑩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)	
⑪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)	
⑫高度・先進的な医療の提供	各項目の実施症例数を評価(平成29年度より評価)。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 10例以上の医師主導治験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成(1P)</li> <li>・ 20例以上の治験(※)の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.25P)</li> </ul> (※)協力施設としての治験の実施を含む。	

## 後発医薬品の使用促進等について

診調組 D-2別添2  
29.2.9(改)

## 後発医薬品使用体制加算の指標の見直し【医科】

- 後発医薬品使用体制加算(入院初日に加算)における後発医薬品の割合に、「後発医薬品の更なる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標を用いるとともに、後発医薬品使用率の向上に伴う基準の見直しを行う。

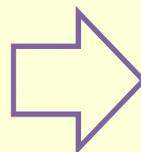
## 現行

後発医薬品使用体制加算1(旧指標で30%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算2(旧指標で20%以上)	28点

旧指標

後発医薬品の採用品目数

全医薬品の採用品目数



## 改定後

後発医薬品使用体制加算1(新指標で70%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算2(新指標で60%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算3(新指標で50%以上)	28点

新指標

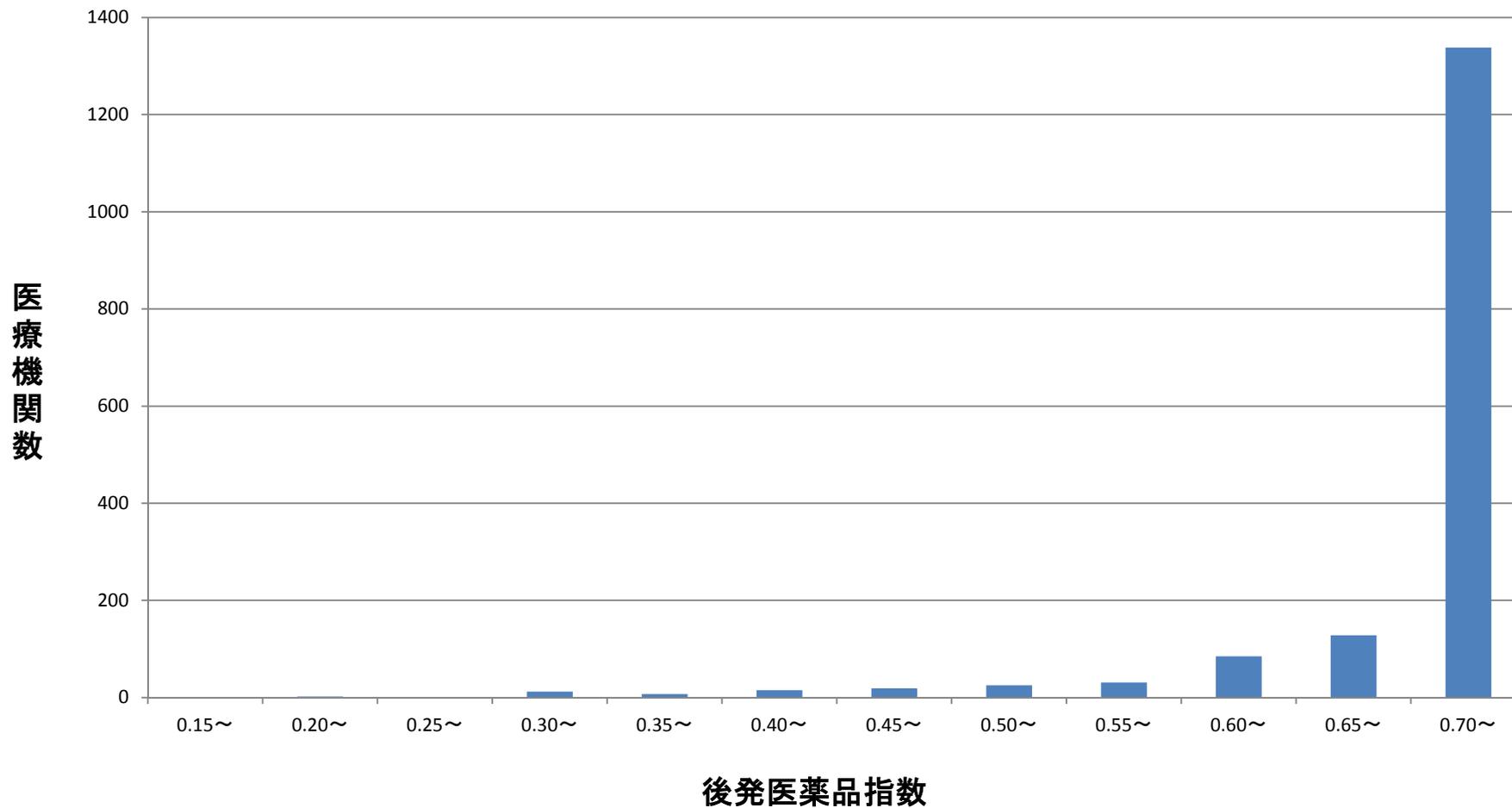
後発医薬品の数量

後発医薬品あり先発医薬品 + 後発医薬品の数量

## (参考)届出状況

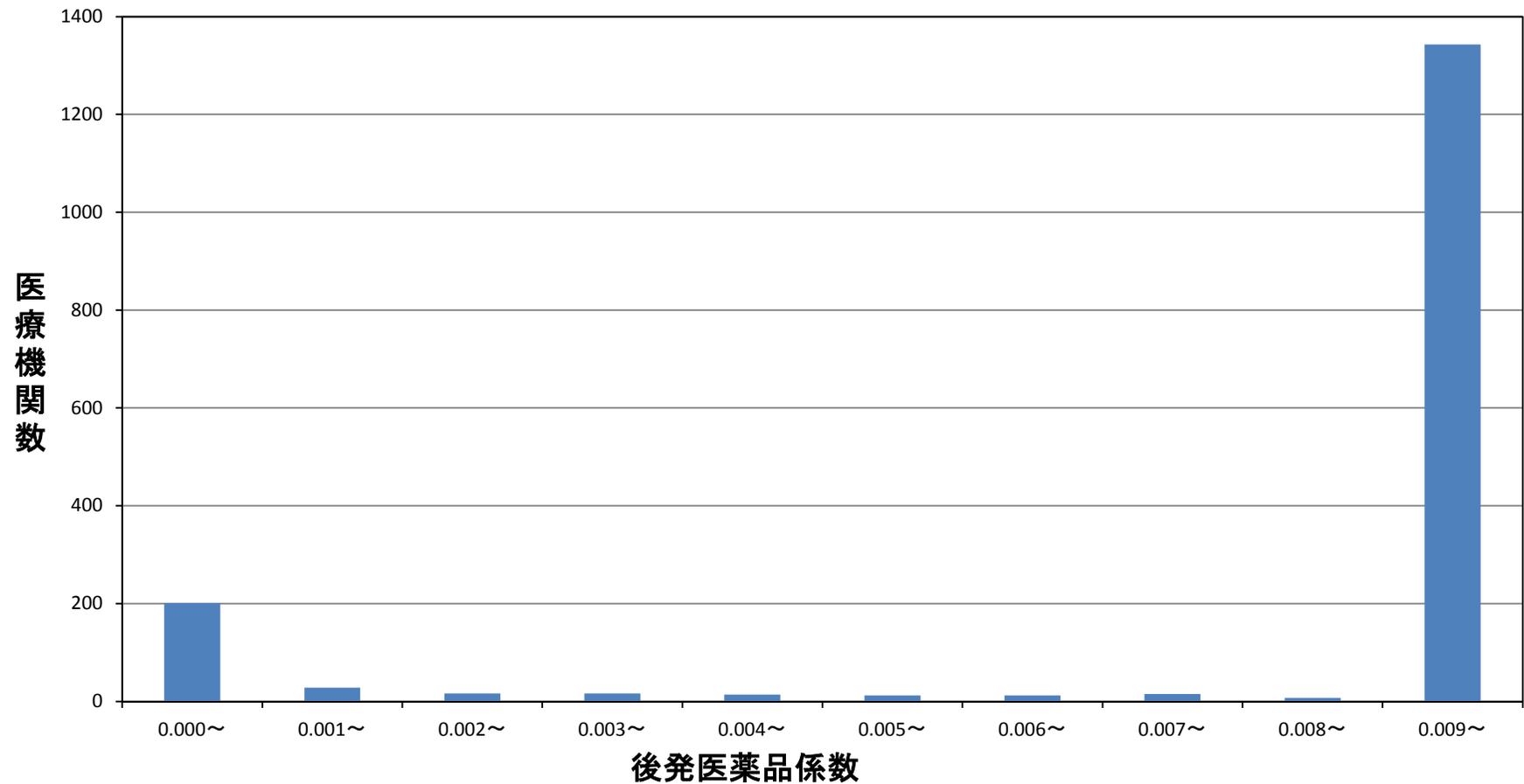
- 平成27年7月(平成28年10月19日中医協総5-1「主な施設基準の届出状況等」より作成)
  - 加算1を届け出ている医療機関 1241
  - 加算2を届け出ている医療機関 1185
- DPC対象病院(平成28年10月様式3より集計)
  - 加算1を届け出ている医療機関 184
  - 加算2を届け出ている医療機関 43
  - 加算3を届け出ている医療機関 11

## 後発医薬品指数の分布（全病院）



※0.05刻みで「0.20～」は「0.20以上0.25未満の区分」を表す

## 後発医薬品係数の分布(全病院)



※0.001刻みで「0.004～」は「0.004以上0.005未満の区分」を表す

# 機能評価係数 I の見直し

## 機能評価係数 I とは

➤ 機能評価係数 I については、出来高評価体系における「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 として評価する。

1. 「入院基本料の差額」を評価  
診断群分類点数表は、「**一般病棟10対1入院基本料**」を基本として作成されており、それぞれの入院基本料について、「**一般病棟入院基本料10対1**」との差額に係る評価を行う。

(例)

一般病棟7対1入院基本料
専門病院7対1入院基本料
専門病院10対1入院基本料
特定機能病院7対1入院基本料
特定機能病院10対1入院基本料

## 病棟群単位の届出における算定方法

※ DPC対象病院において病棟群単位による届出を行う場合は、10対1入院基本料に係る係数を算定し、7対1入院基本料を算定する患者においては、算定告示に規定する点数を加算。



2. 「入院基本料等加算」等  
「当該医療機関においてDPC包括算定をする**全入院患者が算定**する加算」等について評価する。

(例)

総合入院体制加算
医師事務作業補助体制加算
診療録管理体制加算
検体検査判断料

## 重症度係数について

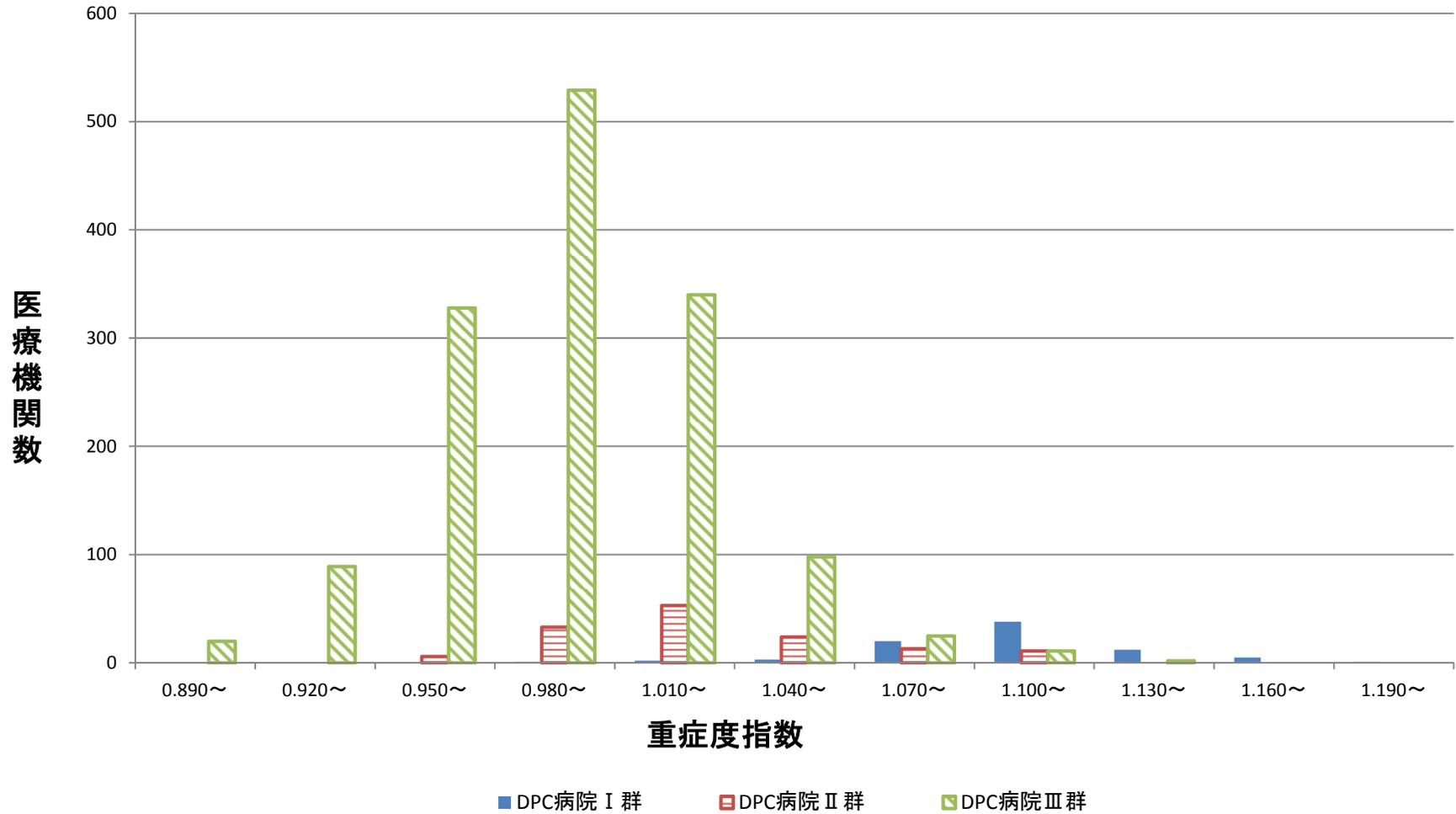
- 平成28年度診療報酬改定では、『重症患者への対応機能(重症者対応)』の観点から、包括範囲出来高実績点数と診断群分類点数表との比を表現する係数の試行導入を行う。

### 重症度係数の目的

- 診断群分類点数表は、副傷病や手術の有無等に基づいて、患者に必要な医療資源の投入量を報酬に反映することを目指して設定されている。
  - CCPマトリックスの導入等により、重症度をよりきめ細かく反映する努力が続けられている。
- しかし、診断群分類上同じ分類であっても、より濃密な医療を必要とする重症患者が一定程度発生することから、調整係数の廃止に向けて、そのような患者の診療に対して一定程度の配慮を行う目的で、「重症度係数」を設定することとした。

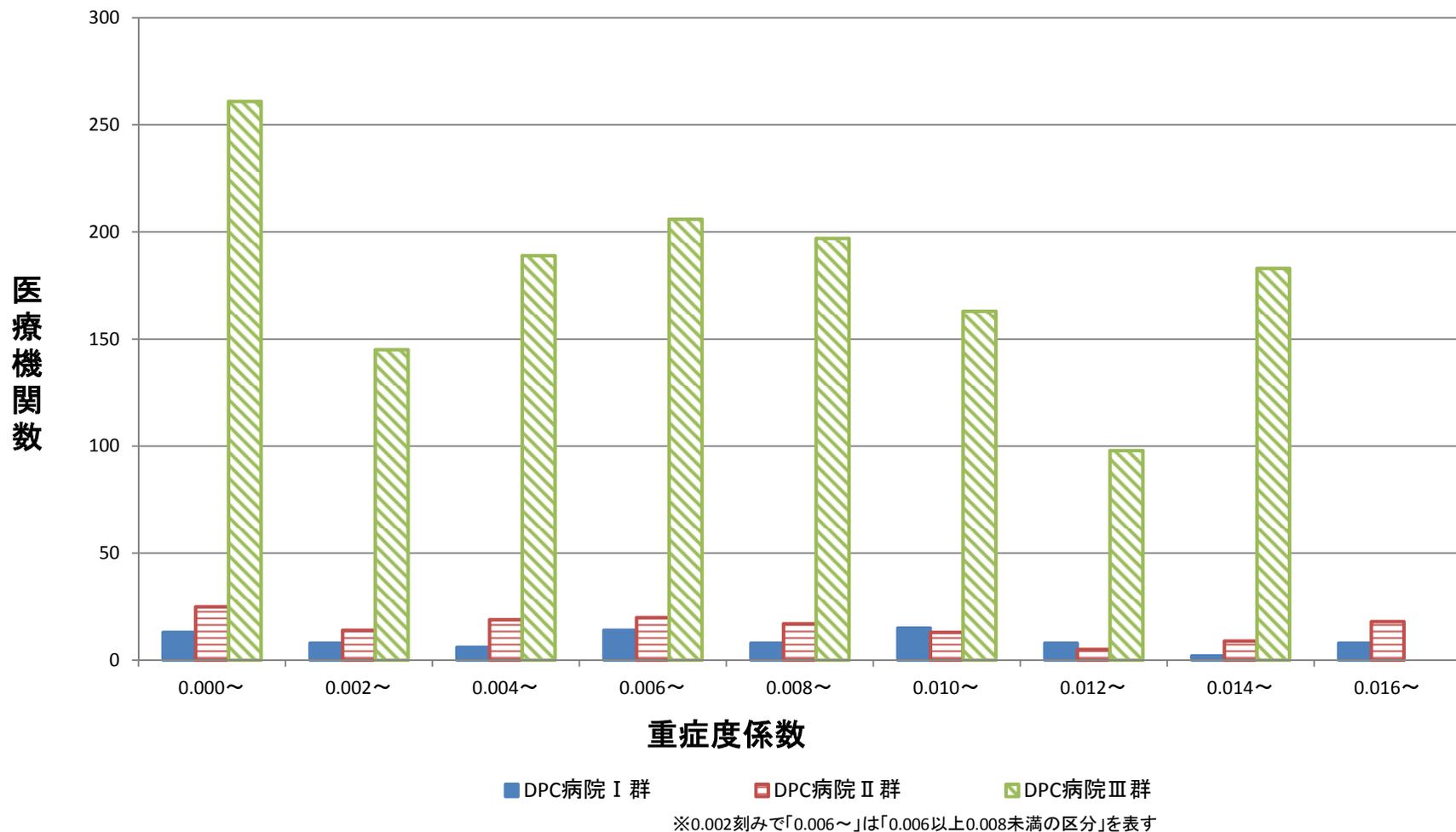
※ 出来高実績点数が高い方が係数は高くなるが、医療機関の診療傾向のばらつきを埋め合わせることを目指すものではない。(重症度係数により調整が行われるのは、医療機関ごとの出来高実績点数の差の一部分に過ぎない。)

## 重症度指数の分布(医療機関群別)



※0.03刻みで「0.890～」は「0.890以上0.920未満の区分」を表す

## 重症度係数の分布(医療機関群別)



# 機能評価係数Ⅱの見直し(2)

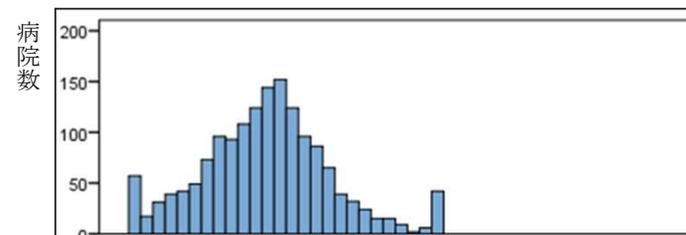
## 機能評価係数Ⅱの重み付け

- 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。ただし、各係数の重み付けに関しては標準化を行う。

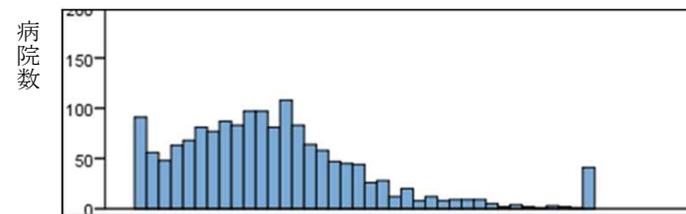
具体的な設定	指数		係数 最小値	評価の考え方	標準化 (※4)
	上限値	下限値			
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価	×
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価	○
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごとに評価	○
カバー率	1.0	0(※1)	0	群ごとに評価	×
救急医療	97.5%tile値	0(※2)	0	全群共通で評価	×
地域医療(定量) (体制)	1.0	0	0	群ごとに評価	×
	1.0	0	0		
後発医薬品	97.5%tile値 (※3)	2.5%tile値	0	全群共通で評価	○
重症度	90%tile値	10%tile値	0	群ごとに評価	×

- ※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では下限値・最小値を30%tile値とする
- ※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する ※3上限値は70%とする。
- ※4 分散が均等となるように標準化を行う(標準化対象の分散の平均値へ標準化)。

## 標準化のイメージ



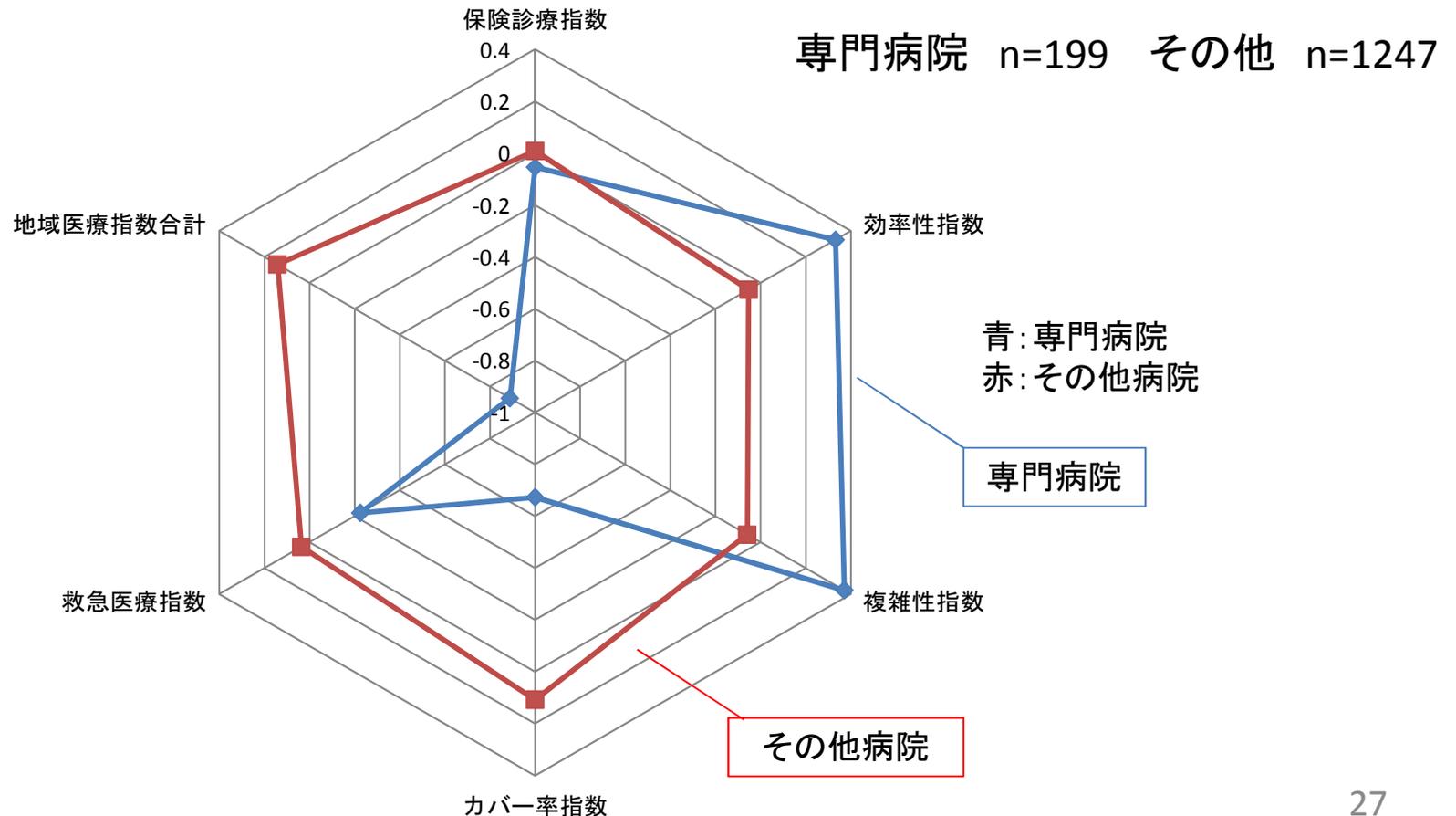
各医療機関の指数に  
1.59乗の処理



対象の係数の分散が一定になるように標準化を行う。

## 専門病院とその他Ⅲ群病院の指数(平均)

- Ⅲ群の病院について専門病院とその他グループに分け、機能評価係数Ⅱの各指数の平均値を0に設定し、標準化したレーダーチャート
- 専門病院:平成27年特別調査「持参薬に関する現況調査」において、自院を専門病院と回答した病院
- 専門病院は、複雑性指数、効率性指数が高く、地域医療指数が低くなる傾向。

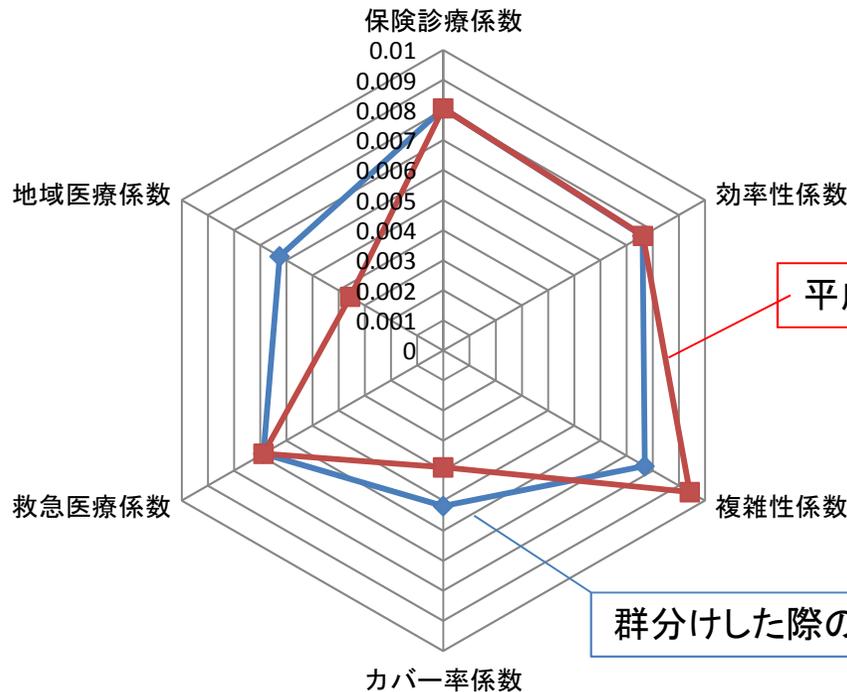


# 専門病院とその他Ⅲ群病院の係数(平均)

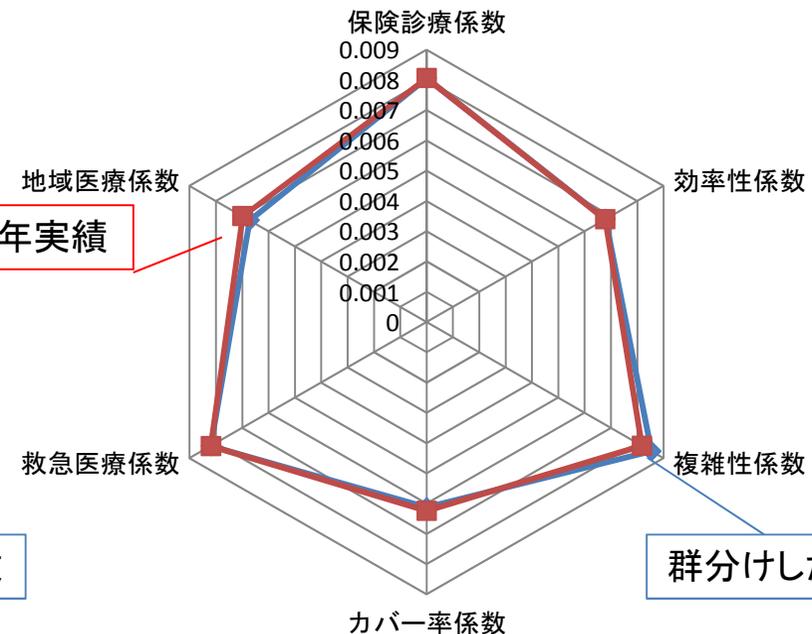
- 専門病院グループ、その他病院グループに分類し、それぞれのグループについて、現行の係数(赤)、グループ内で係数を設定(青)したレーダーチャート
- 専門病院はグループ分けにより、得意としていた複雑性係数が低くなり、不得意な地域医療係数が高くなった。

赤:平成28年度機能評価係数Ⅱ  
青:それぞれで群分けした際の係数

専門病院(n=199)



その他(n=1247)



# 調整係数

## 調整係数見直し(1)

## (1)調整係数の見直しに係る対応

- ① DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め2回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており、今回改定においては、調整部分の75%を機能評価係数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。

[医療機関Aの暫定調整係数]

$$= ([\text{医療機関Aの調整係数}(\ast)] - [\text{医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数}]) \times 0.25$$

※「調整係数」は制度創設時(平成15年)の定義に基づく

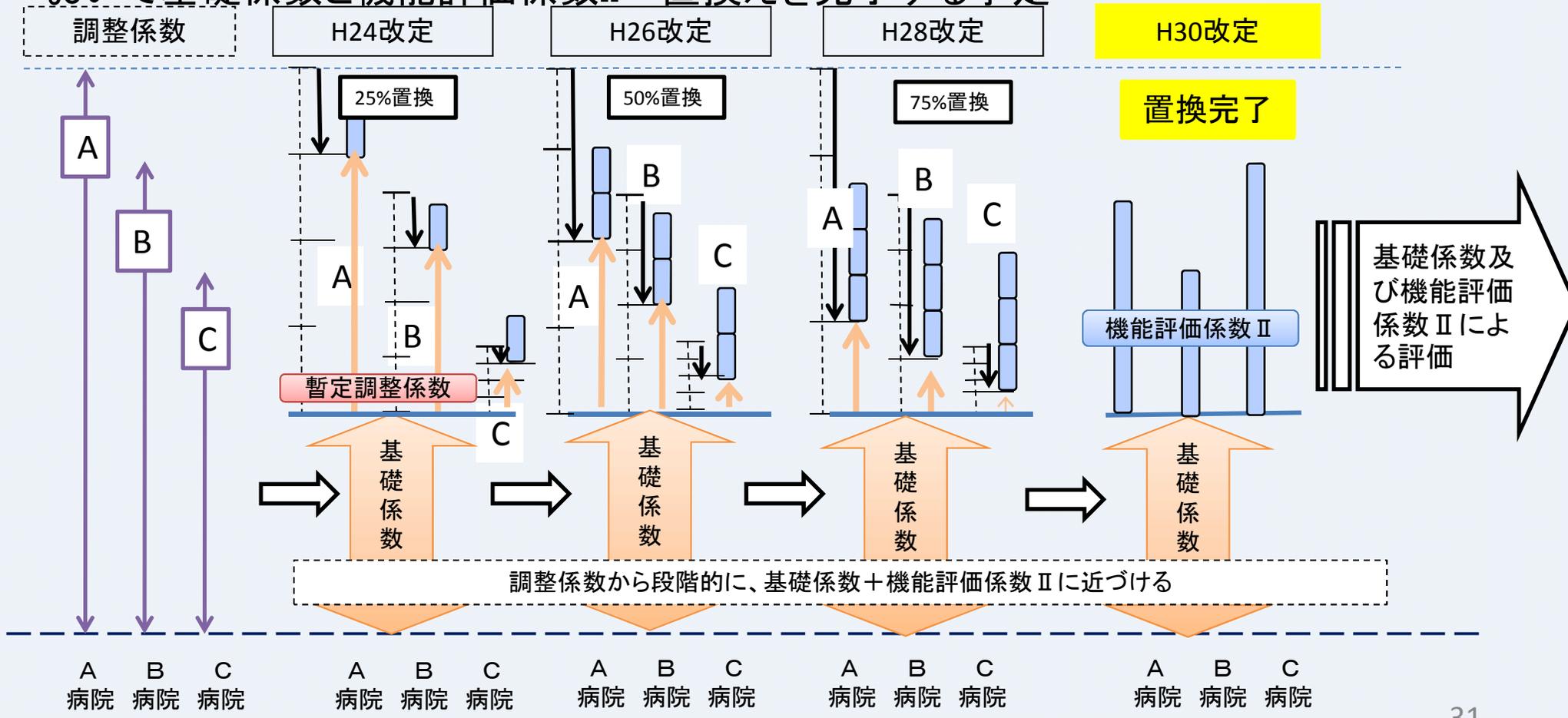
## (2)個別医療機関の医療機関別係数に係る経過措置(激変緩和)について

- 平成24年度、平成26年度診療報酬改定においては、調整係数の置き換え等に伴う診療報酬の激変を緩和する観点から、個別医療機関の医療機関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)が2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数を調整する措置を講じた。
- 今回の「暫定調整係数」の置き換えの対応(調整分の「50%」→「75%」の置き換え)等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数の調整を行う。

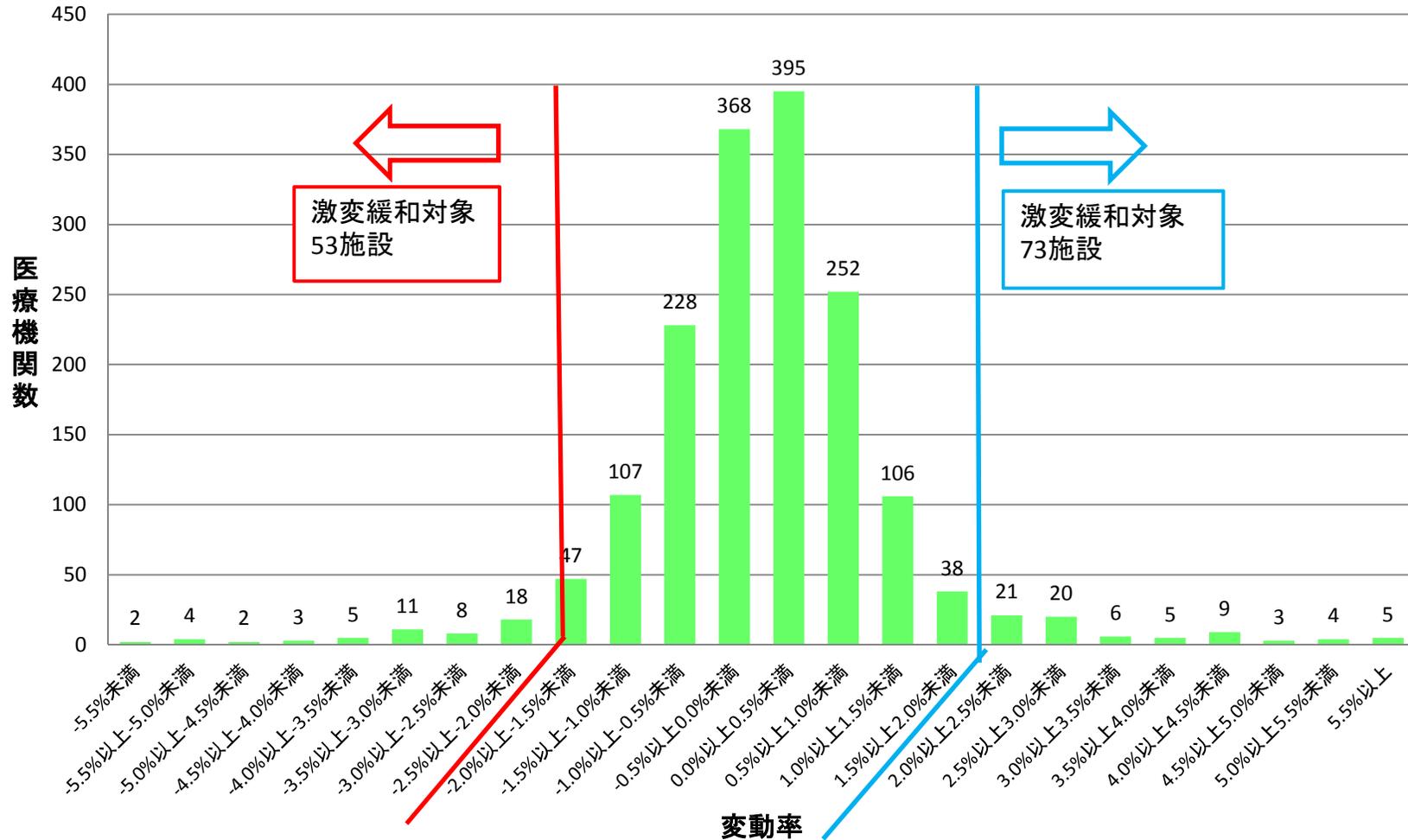
# 調整係数の置き換え完了(イメージ)

## 調整係数の置き換え

□ DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、平成30年度改定において基礎係数と機能評価係数IIへ置き換えを完了する予定

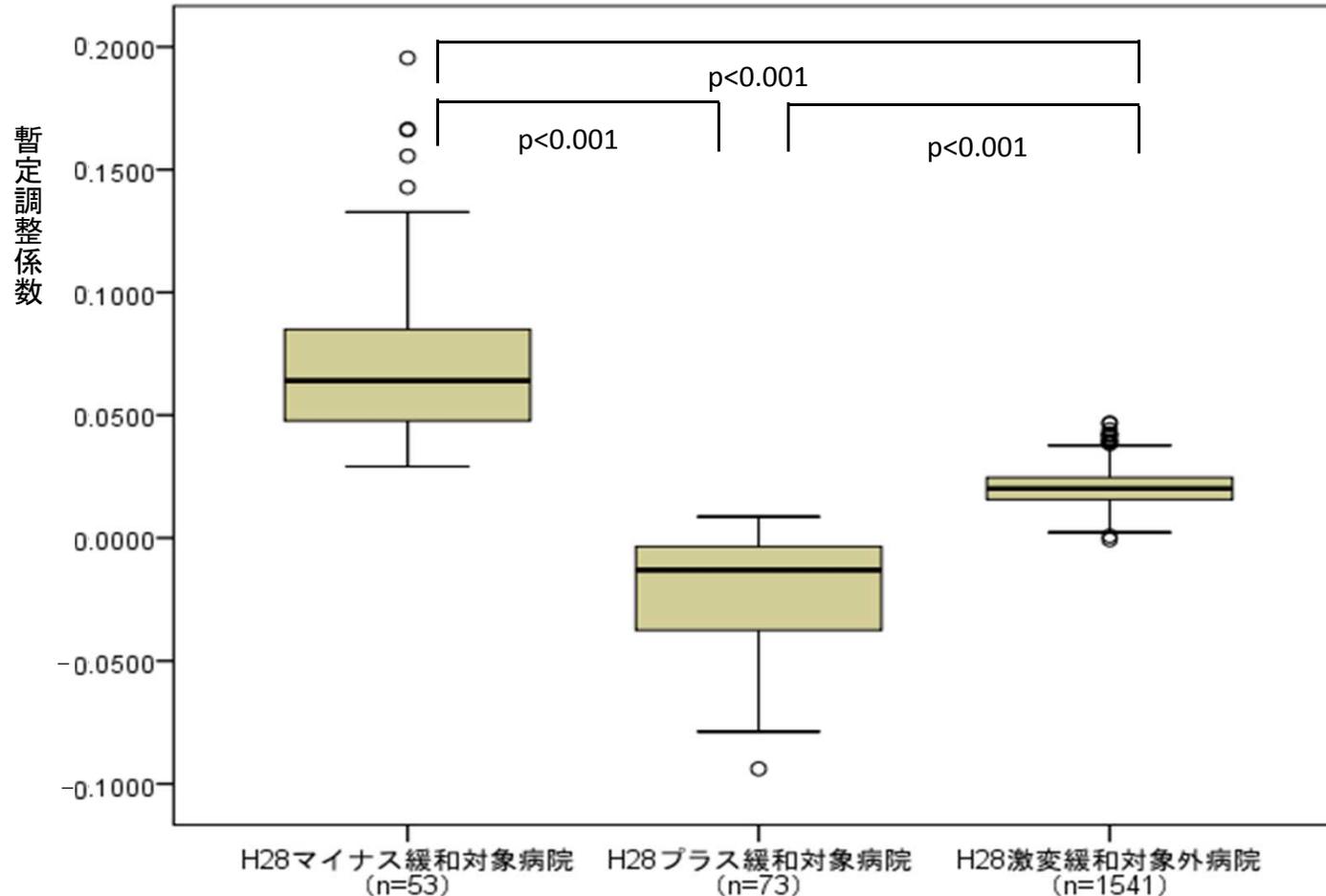


# 平成28年度改定での調整係数置換えによる推計変動率の分布



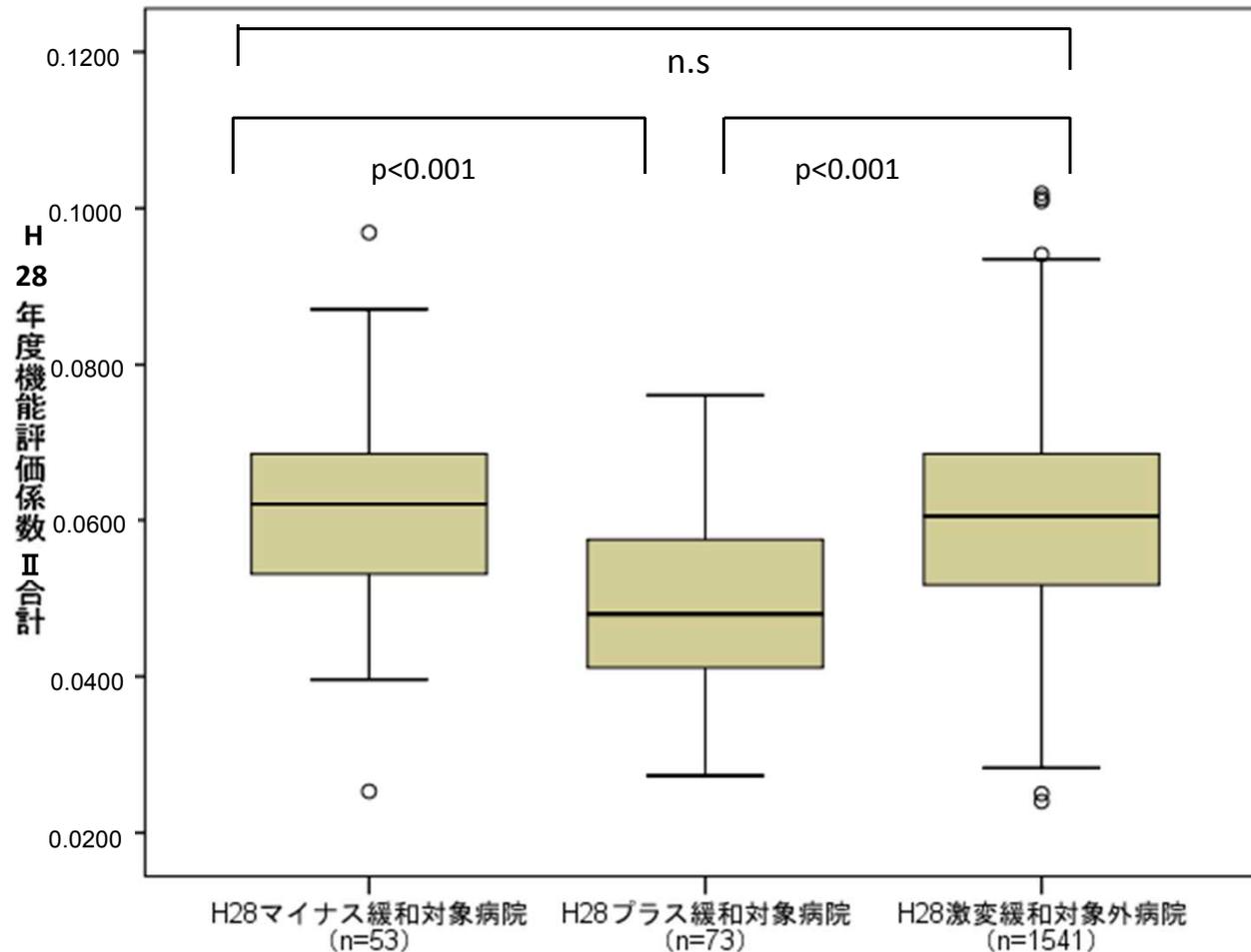
# 平成28年度暫定調整係数の分布

- ・各グループで暫定調整係数の分布は差がある。
- ・これら暫定調整係数が、前項のような機能評価係数Ⅱと置き換わることを考えると、これまで激変緩和措置対象となった病院は、推計診療報酬変動率は小さくならないことが示唆される。



# 平成28年度機能評価係数Ⅱの分布

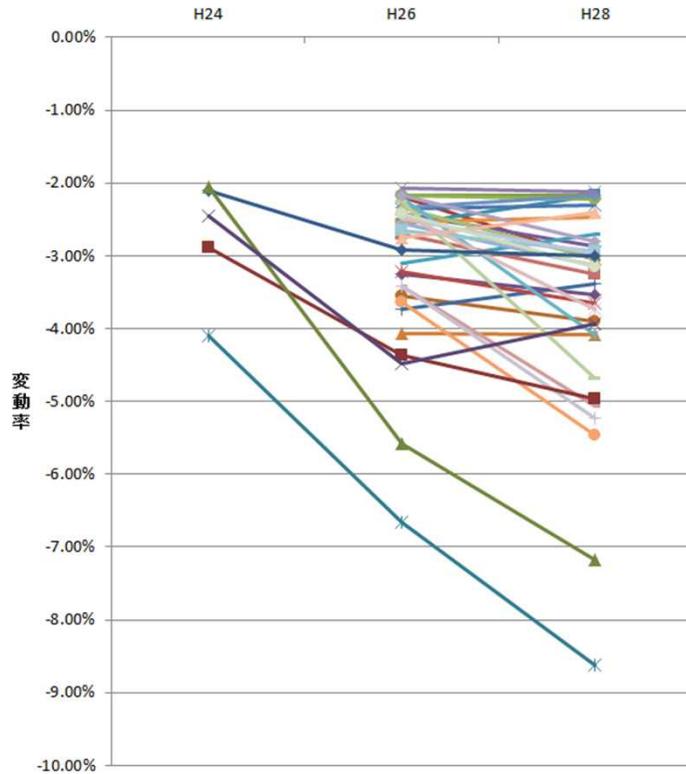
- ・プラス緩和対象病院は、その他のグループと比べ有意に機能評価係数Ⅱが低い傾向がみられた。
- ・マイナス緩和対象病院は、激変緩和措置対象となっていない病院と比べ、機能評価係数Ⅱに有意な差は認めなかった。



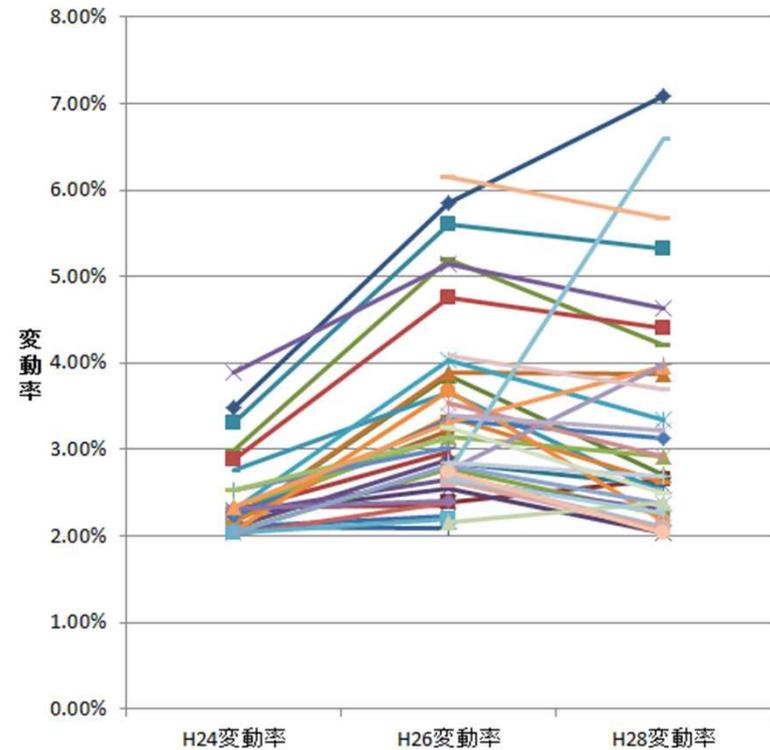
# 複数回激変緩和措置の対象となった病院の 推計診療報酬変動率の推移

・複数回激変緩和対象となった病院は、診療報酬改定を経るごとに推計診療報酬変動は小さくなる傾向がある。

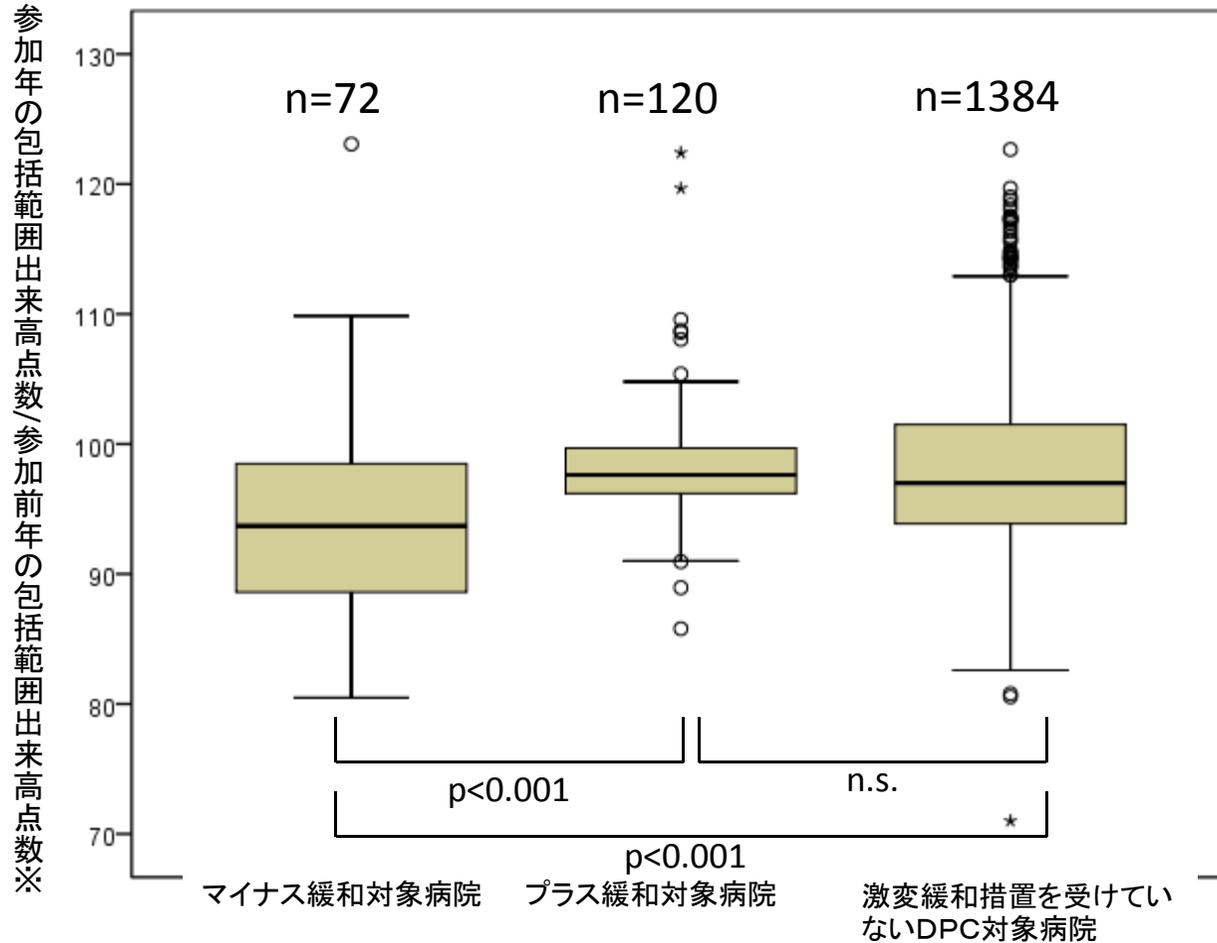
マイナス緩和病院の推計診療報酬変動率



プラス緩和病院の推計診療報酬変動率



# DPC制度参加前後での包括範囲出来高点数の比



※各年の包括範囲出来高点数を当該年の診断群分類点数表で除したもの  
 (包括範囲出来高点数/診断群分類点数表の点数)を参加年と参加前年で比較している。  
 ※平成24、26、28年のいずれかで激変緩和措置対象となった病院のうち、平成28年4月時点で合併・退出している病院を除く

# 激変緩和措置対象となった病院数

激変緩和措置対象となった病院の内訳

	平成24年	平成26年	平成28年	合計※3	3回連続措置対象	
					3回連続措置対象	いずれか2回措置対象
マイナス緩和措置※1	8	53	53	74	5	30
プラス緩和措置※2	34	82	73	124	18	29

- ※1 マイナス緩和措置：診療報酬改定時に推計報酬変動率がマイナス2%より低く変動する医療機関について、変動率がマイナス2%となるよう暫定調整係数を引き上げている病院
- ※2 プラス緩和措置：診療報酬改定時に推計報酬変動率が2%より高く変動する医療機関について、変動率が2%となるよう暫定調整係数を引き下げている病院
- ※3 重複を除いている

# DPC算定病床数別及び医療機関群別の 激変緩和措置対象となった病院数

診調組 D-2別添3  
29.2.9

これまでに激変緩和措置対象となった全病院のDPC算定病床数別(平成28年4月時点)の病院数

	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	合計
マイナス緩和措置	24	14	13	8	7	8	74
プラス緩和措置	54	39	19	9	2	1	124

※合併・退出となった病院も含む(退出病院に関しては退出前の最新データを使用)

これまでに激変緩和措置対象となった全病院の医療機関群別(平成28年4月時点)の病院数

	I群	II群	III群	合計
マイナス緩和措置	1	4	69	74
プラス緩和措置	0	1	123	124

※合併・退出となった病院も含む(退出病院に関しては退出前の最新データを使用)

# 新たにDPC対象病院となった年度別の 激変緩和措置対象となった病院数

参加年度	マイナス緩和措置	プラス緩和措置	参加病院
平成15年度	1	0	82
平成16年度	18	0	62
平成18年度	14	1	215
平成20年度	13	7	349
平成21年度	17	37	553
平成22年度	1	9	108
平成23年度	1	11	57
平成24年度	3	4	54
平成26年度	2	20	96
平成28年度	4	35	91
合計	74	124	

# 激変緩和措置対象となった病院の診療密度

・プラス緩和対象病院は診療密度が低い傾向がある。

