

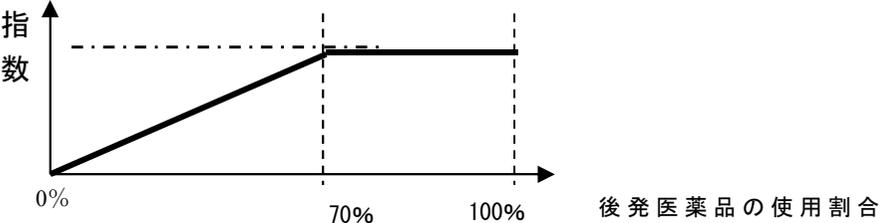
地域医療係数

＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容(平成29年度)＞

診調組 D-1参考3
29.5.24

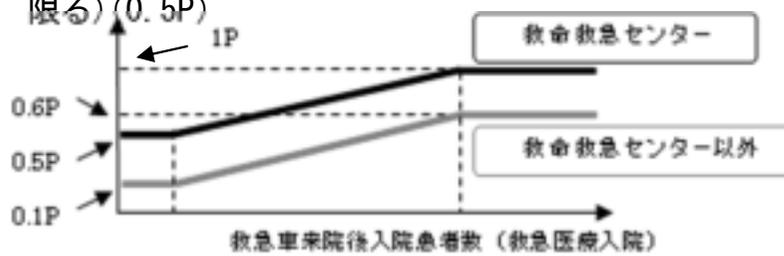
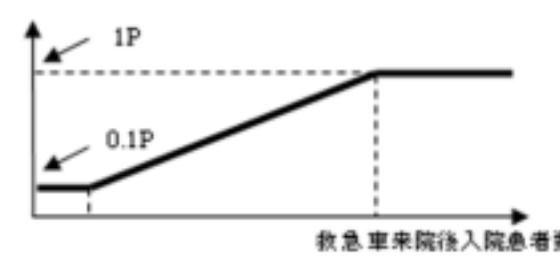
＜項目＞	評価の考え方	評価指標(指数)
1) 保険診療指数	DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組・公表を評価。また、医療機関群(I群・II群)における総合的な機能を評価。	<p>原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。</p> <p>① 適切なDPCデータの提出(「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価) 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <p>② 適切なDPCデータの提出(様式間の記載矛盾による評価) 当該医療機関において、以下の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"> 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 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 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 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 <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 それぞれの医療機関群における総合的な機能を評価 本院よりも機能が高分院(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。</p> <p>⑥ 病院情報の公表への取組の評価 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。</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。 ※ 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) 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"> ・「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」 ・「A300救命救急入院料」 ・「A301-4小児特定集中治療室管理料」 ・「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」 ・「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」 <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="779 1190 1995 1485"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="779 1190 1664 1238">地域医療指数(内訳)</th> <th data-bbox="1664 1190 1995 1238">評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="779 1238 1070 1385">① 体制評価指数</td> <td data-bbox="1070 1238 1664 1385">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="1664 1238 1995 1385">1/2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="779 1385 1070 1485" rowspan="2">② 定量評価指数</td> <td data-bbox="1070 1385 1664 1433">1) 小児(15歳未満)</td> <td data-bbox="1664 1385 1995 1433">1/4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1070 1433 1664 1485">1) 上記以外(15歳以上)</td> <td data-bbox="1664 1433 1995 1485">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・体制評価指数(平成29年度)>

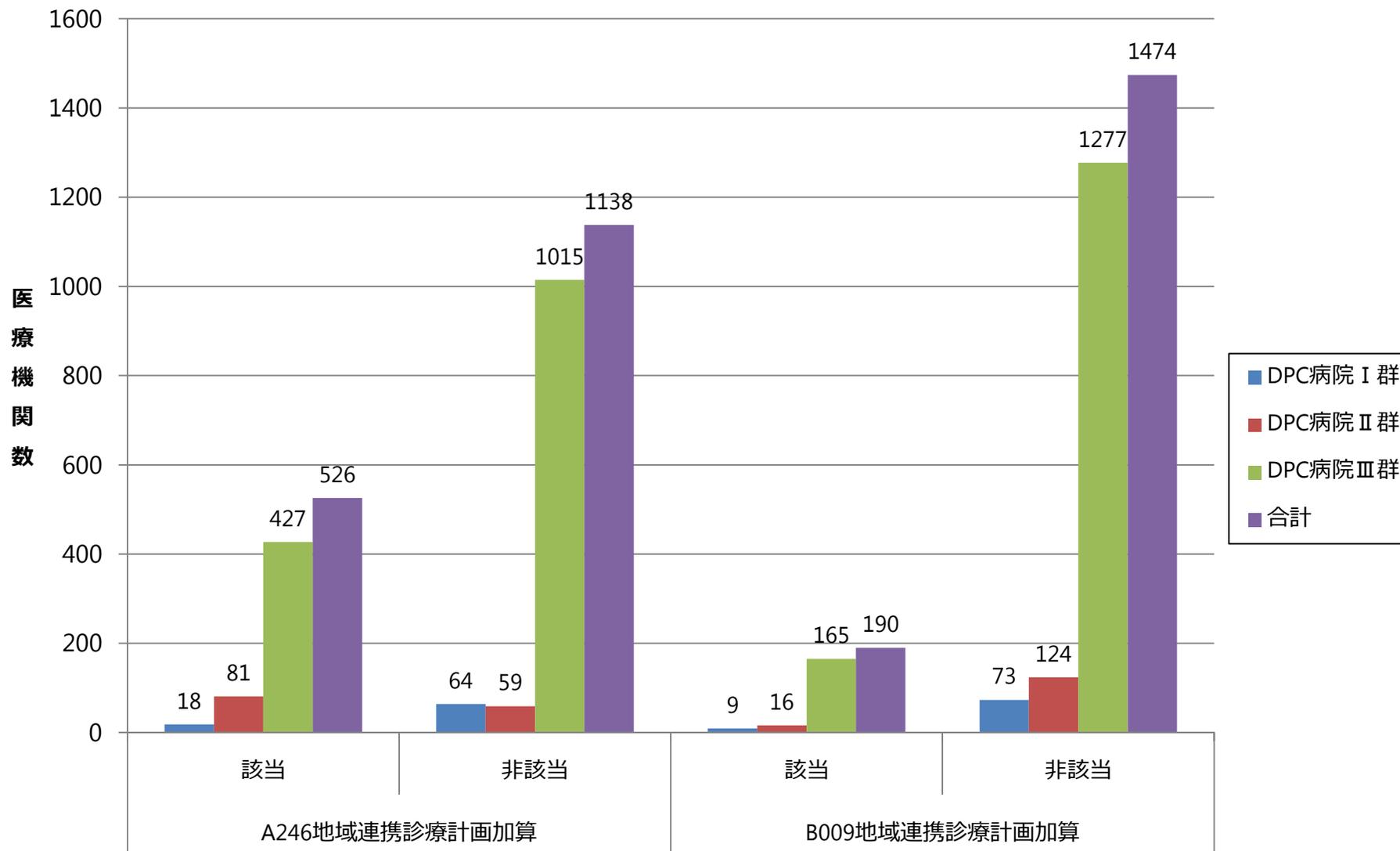
診調組 D-1参考3
29.5.24

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	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
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"> ・「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)
⑦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) ・「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) 	「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"> ・ 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) ・ 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) (※)協力施設としての治験の実施を含む。	

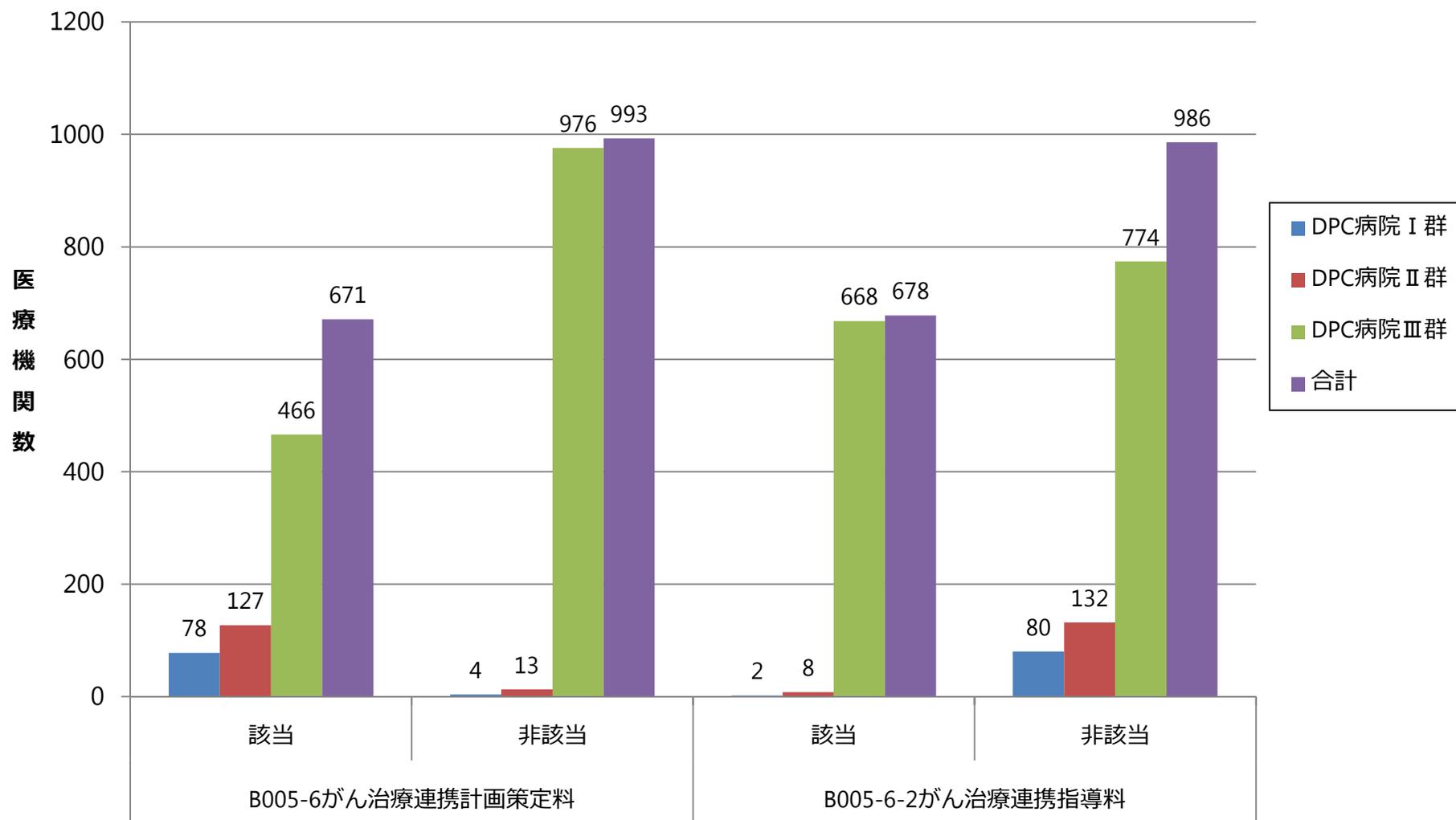
地域医療係数（体制評価指数）

脳卒中地域連携



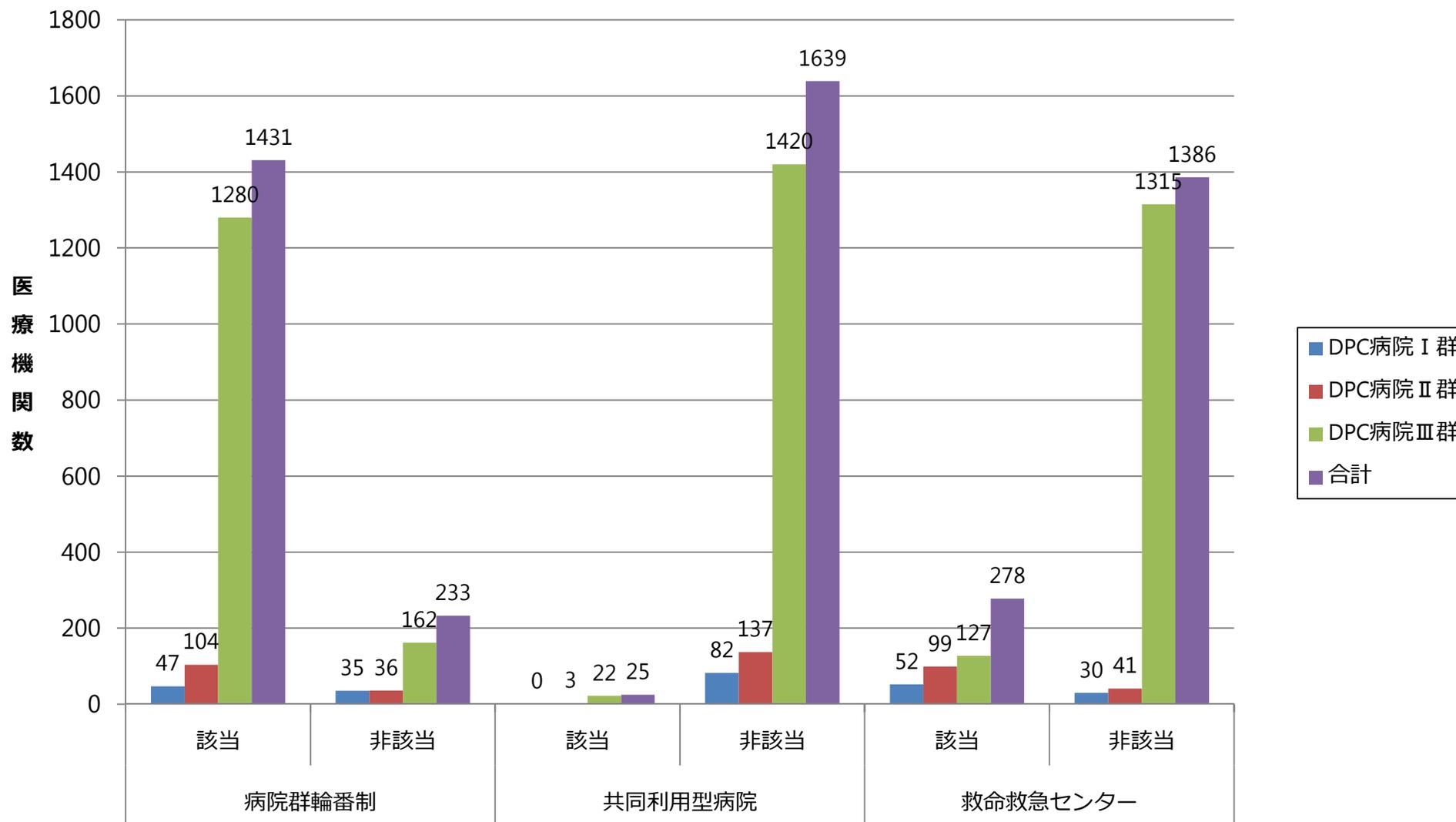
地域医療係数（体制評価指数）

がん地域連携



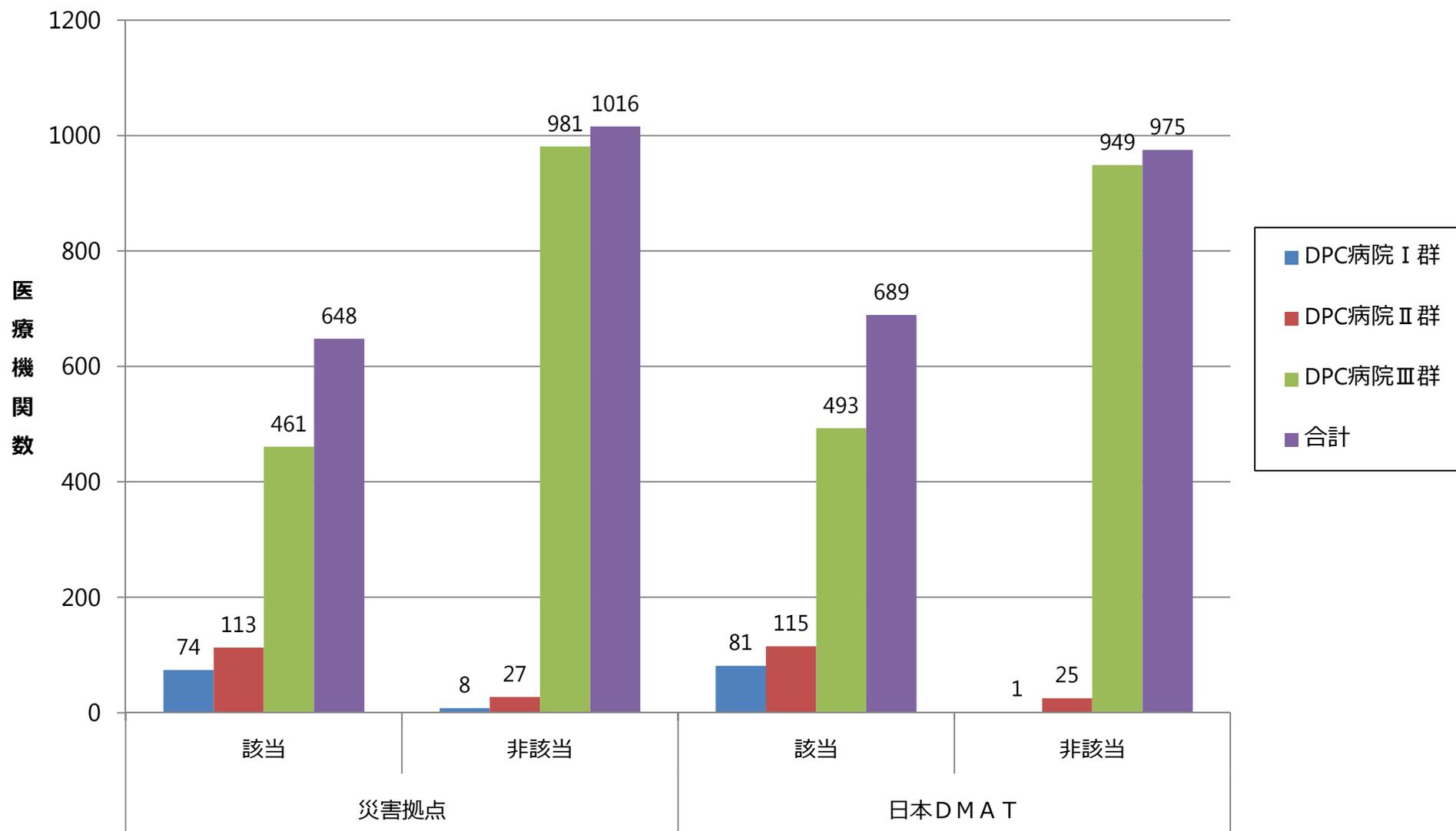
地域医療係数（体制評価指数）

救急医療（体制）



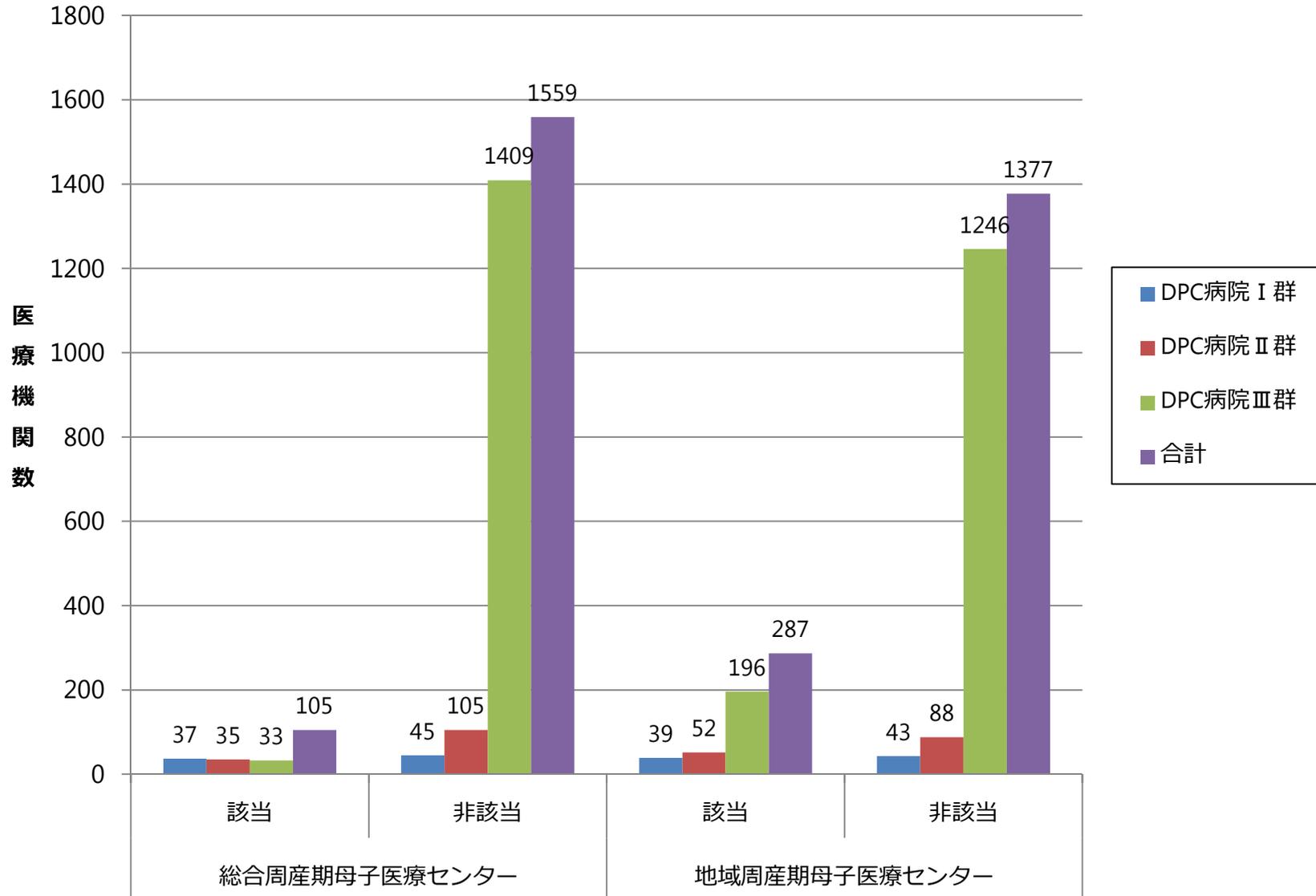
地域医療係数（体制評価指数）

災害



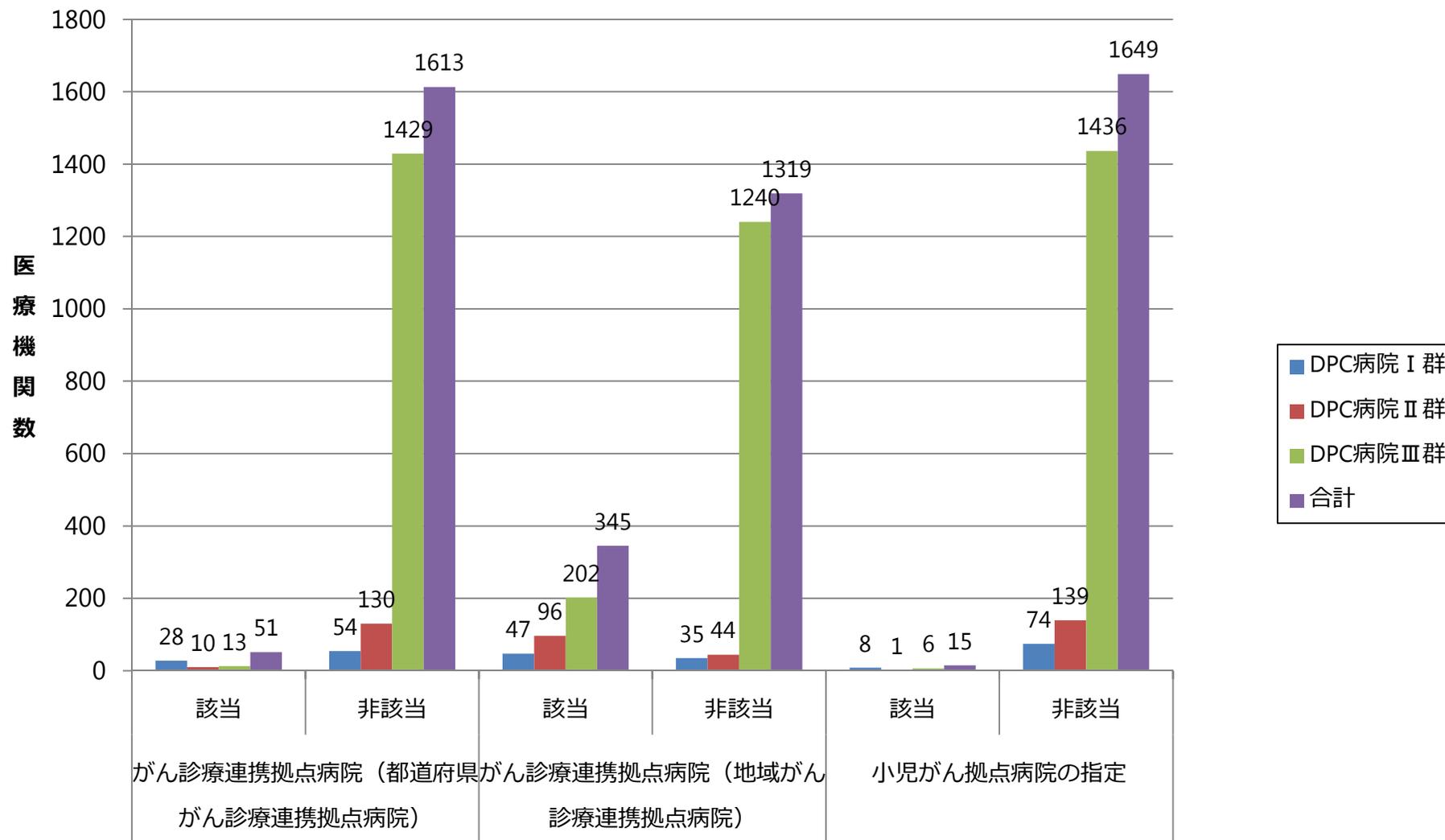
地域医療係数（体制評価指数）

周産期



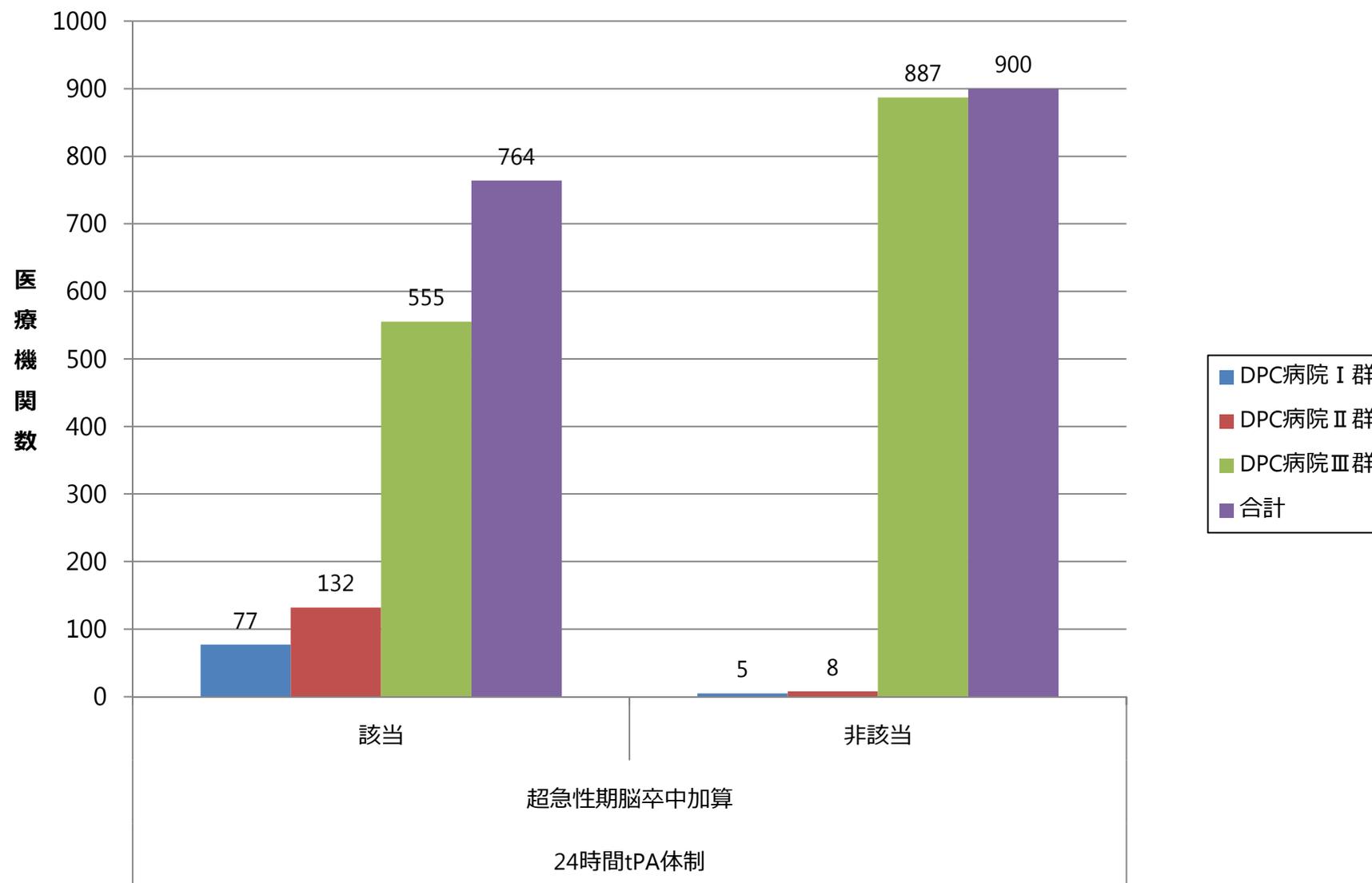
地域医療係数（体制評価指数）

がん診療連携拠点病院

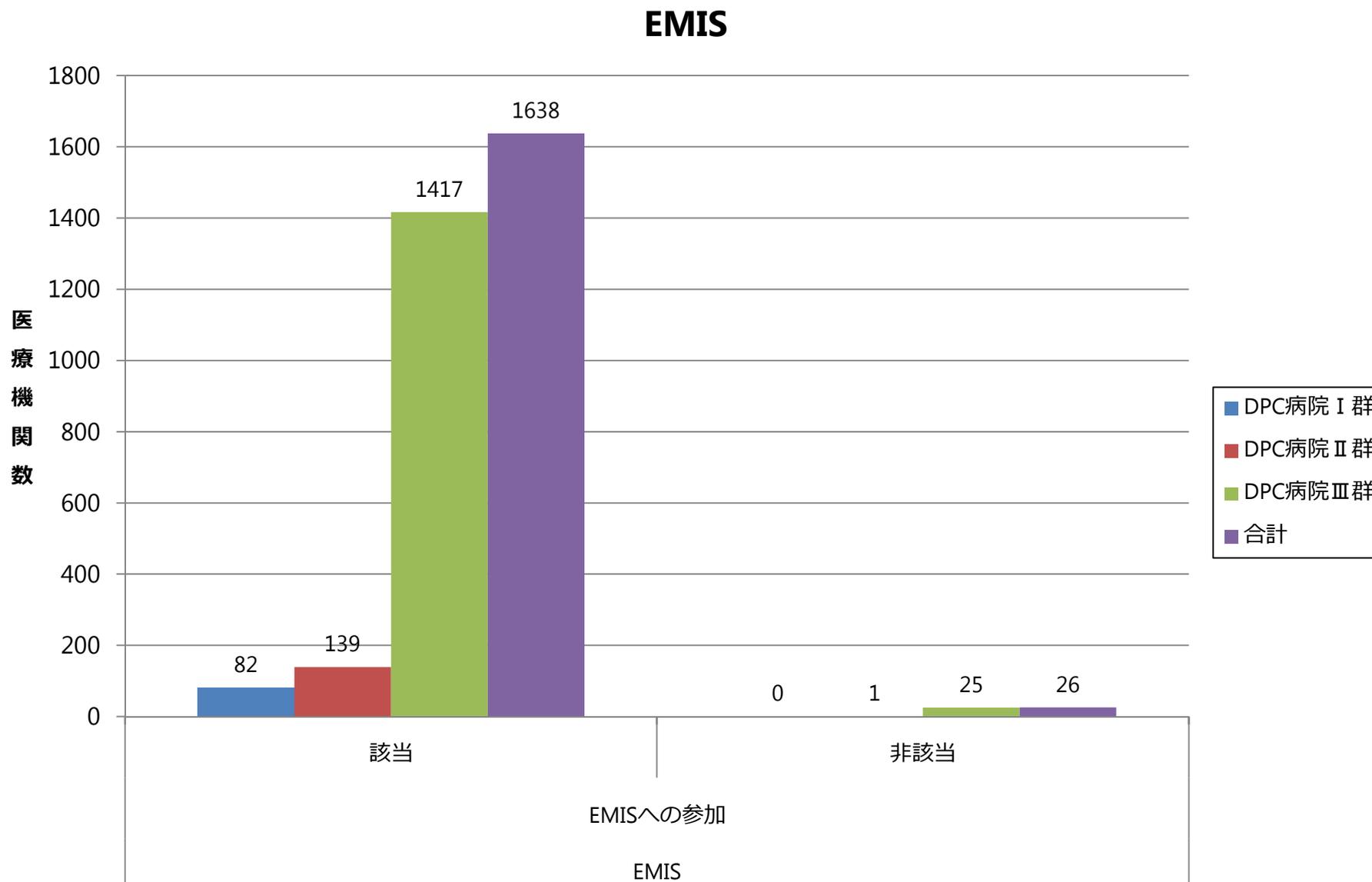


地域医療係数（体制評価指数）

24時間tPA体制

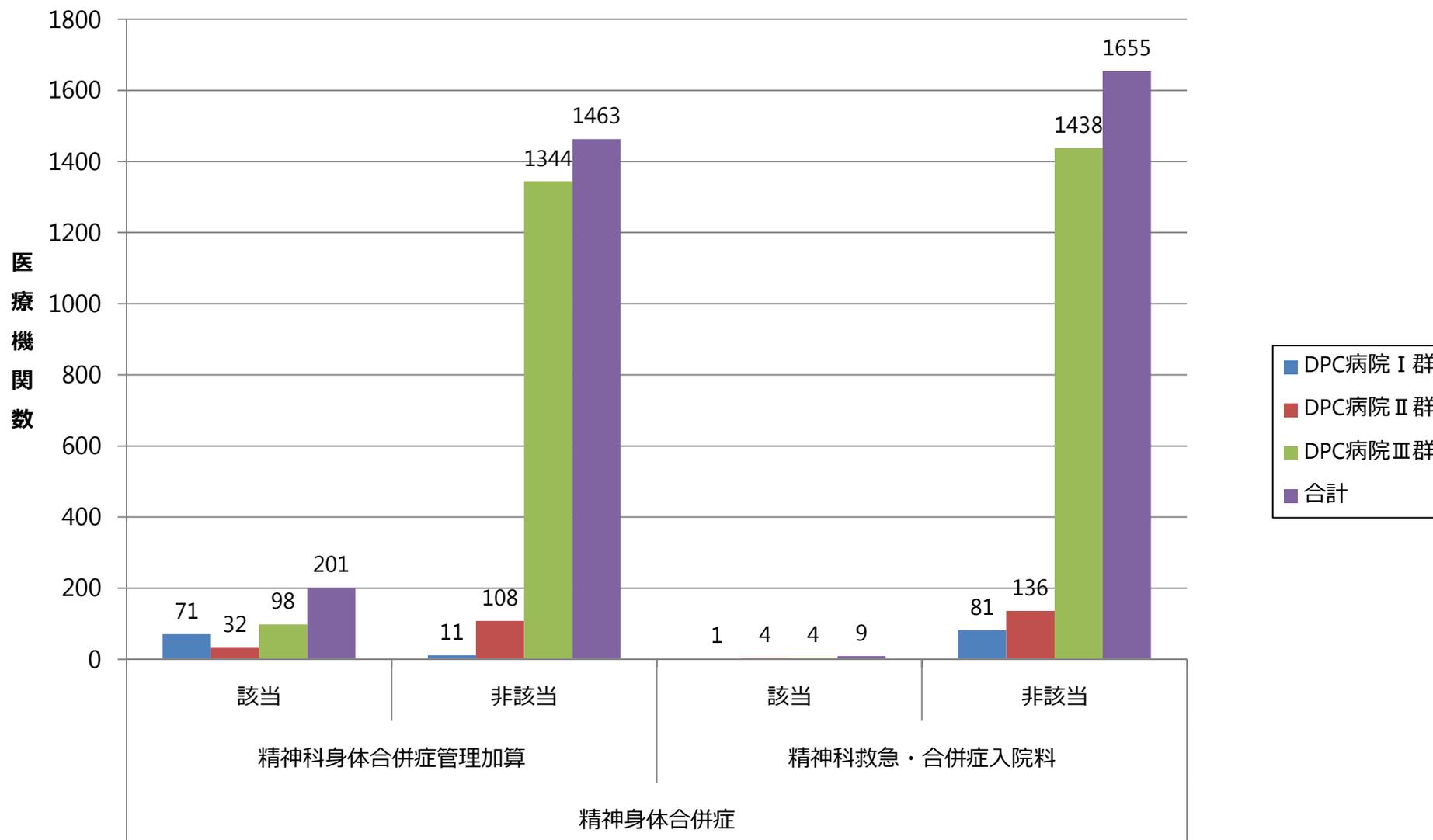


地域医療係数（体制評価指数）



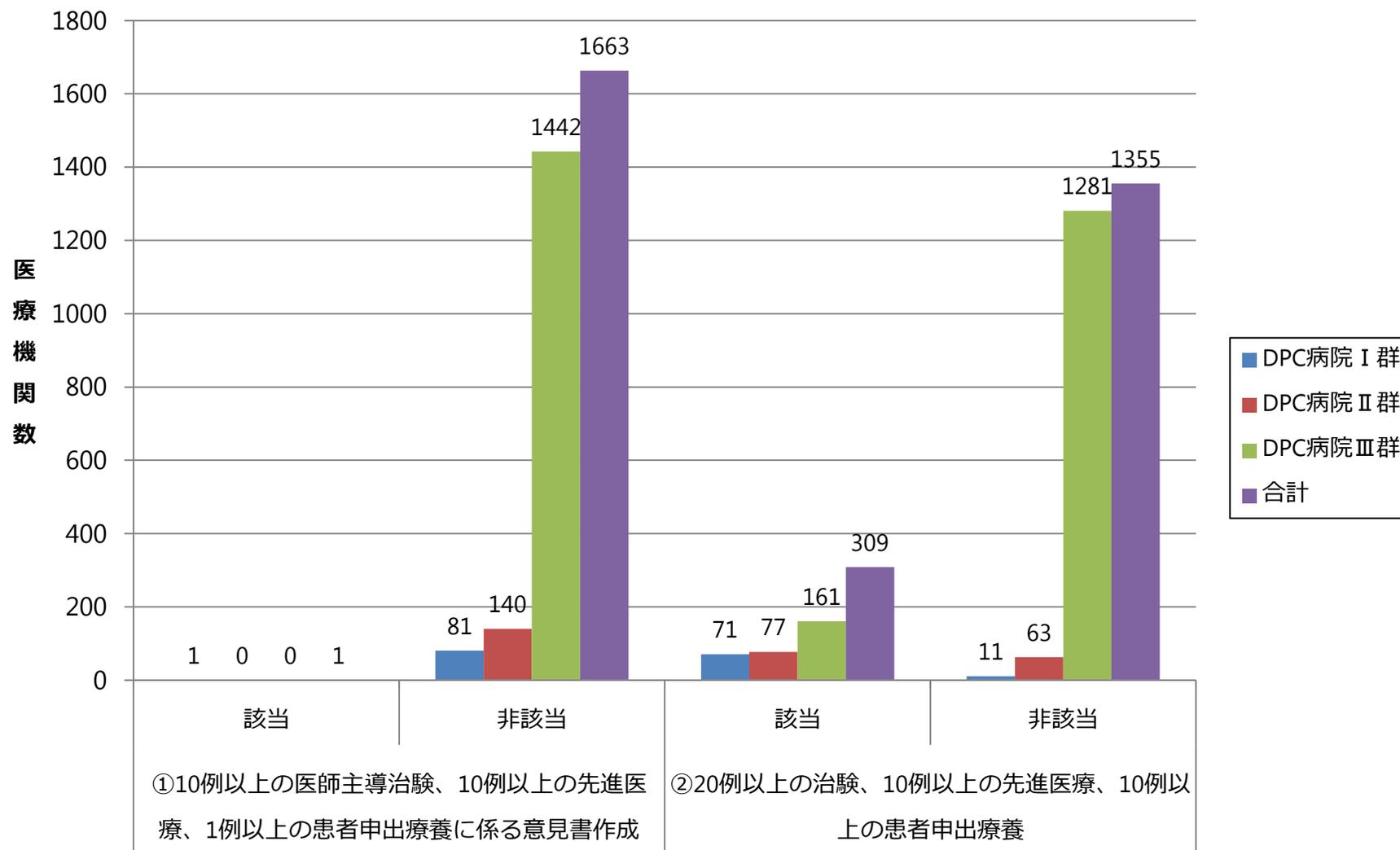
地域医療係数（体制評価指数）

精神科身体合併症



地域医療係数（体制評価指数）

高度・先進的な医療の提供



保險診療係數

病院情報の公表

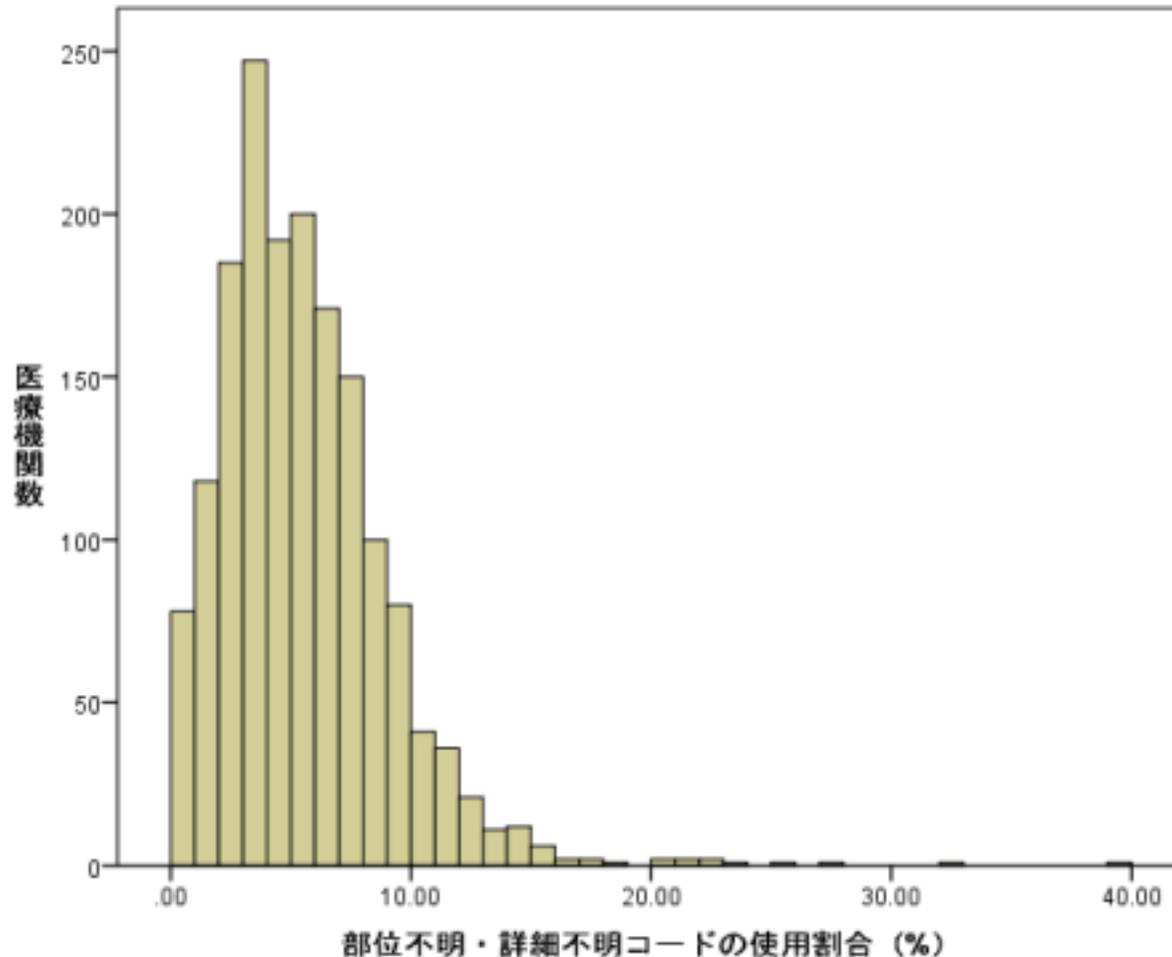
- 平成29年度より以下の項目について自院のホームページ上でデータの集計値を公表した場合に加算している。
- 平成29年度の機能評価係数Ⅱの評価時点では、1664病院中1629病院が公表を行っている。

【集計項目】

- 1) 年齢階級別退院患者数
- 2) 診断群分類別患者数等（診療科別患者数上位3位まで）
- 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 別患者数等
- 6) 診療科別主要手術別患者数等（診療科別患者数上位3位まで）
- 7) その他（DIC、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率）

部位不明・詳細不明のコードの使用割合

・現在は20%以上を減算対象としている。



最大値	39.63%
最小値	0.00%

基準値	Tile値等	対象病院数
5.07%	中央値	832
12.57%	平均+2SD	54
5%	49.3 %tile	844
7.5%	76.6 %tile	389
10%	91.4 %tile	143

未コード化傷病名

- 入院医療に係るレセプト記録において、未コード化傷病名を使用した割合が全症例に対して20%以上の医療機関を減点。
- 未コード化傷病名とは、レセプトに記載する傷病名コードを0000999と入力することで、規定されたコードではなく、任意の文字列で傷病名を入力するもの。
- 本来は傷病名マスターに収載されていない傷病名について、マスターに収載されるまでの間のみ使用することを想定。

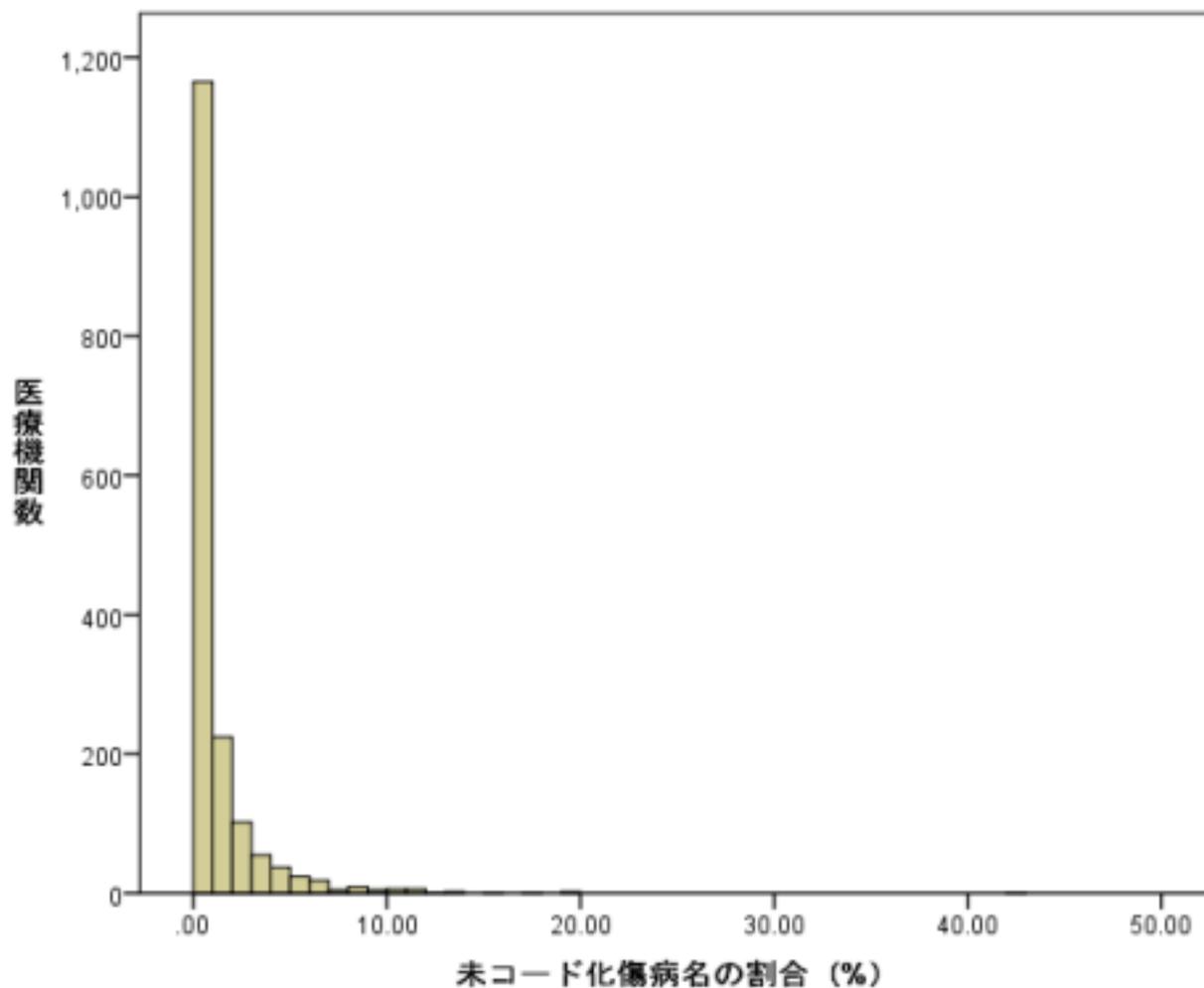
DPCレセプトにおいて、傷病名マスターに収載されていない傷病名は、記録された全2397137傷病名レコード中3999レコードであり、割合は0.17%程度。なお、未コード化傷病名の記録は40476レコードであった。（支払基金平成27年10月審査分より）

（出典：http://www.ssk.or.jp/goannai/kohoshi/gekkankikin/h27/h28_02.files/1602.pdf）

未コード化傷病名

診調組 D-2 参考
29.7.19 (改)

- ・ 現在は20%以上を減算対象としている。

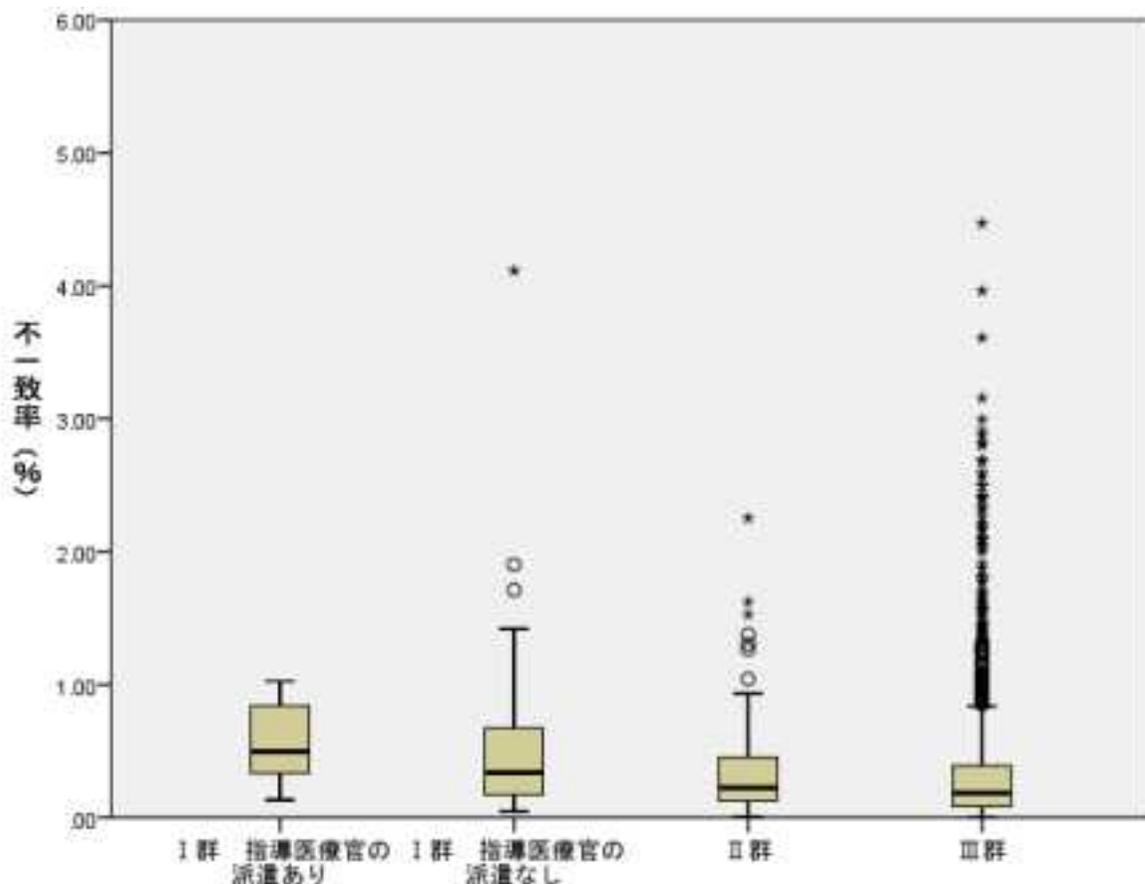


	基準値
最大値	42.69%
最小値	0.00%
中央値	0.36%

基準値	tile値など	外れる病院数
0.17%	37.1 %tile	1047
0.5%	56.6 %tile	722
1%	70.0 %tile	499
2%	83.5 %tile	275
3%	89.6 %tile	173
5.7%	平均+2SD	59

医療機関種別毎のコーディング不一致率

- ・ H27・H28において指導医療官の派遣実績のあるⅠ群、その他Ⅰ群、Ⅱ群、Ⅲ群について、当該医療機関の症例のうち、H28年度1年間のDPCデータについて、コーディング不一致の症例数の分布
- ・ コーディング不一致とは、実際に選択された診断群分類番号と、様式1およびEFファイル等から抽出し機械的に選択した診断群分類番号が異なっているものと定義。
- ・ Ⅲ群については、6%を超える医療機関が2あるが、図の視認性の観点から削除。



	H27	H28	H29
派遣人数	3	5	7

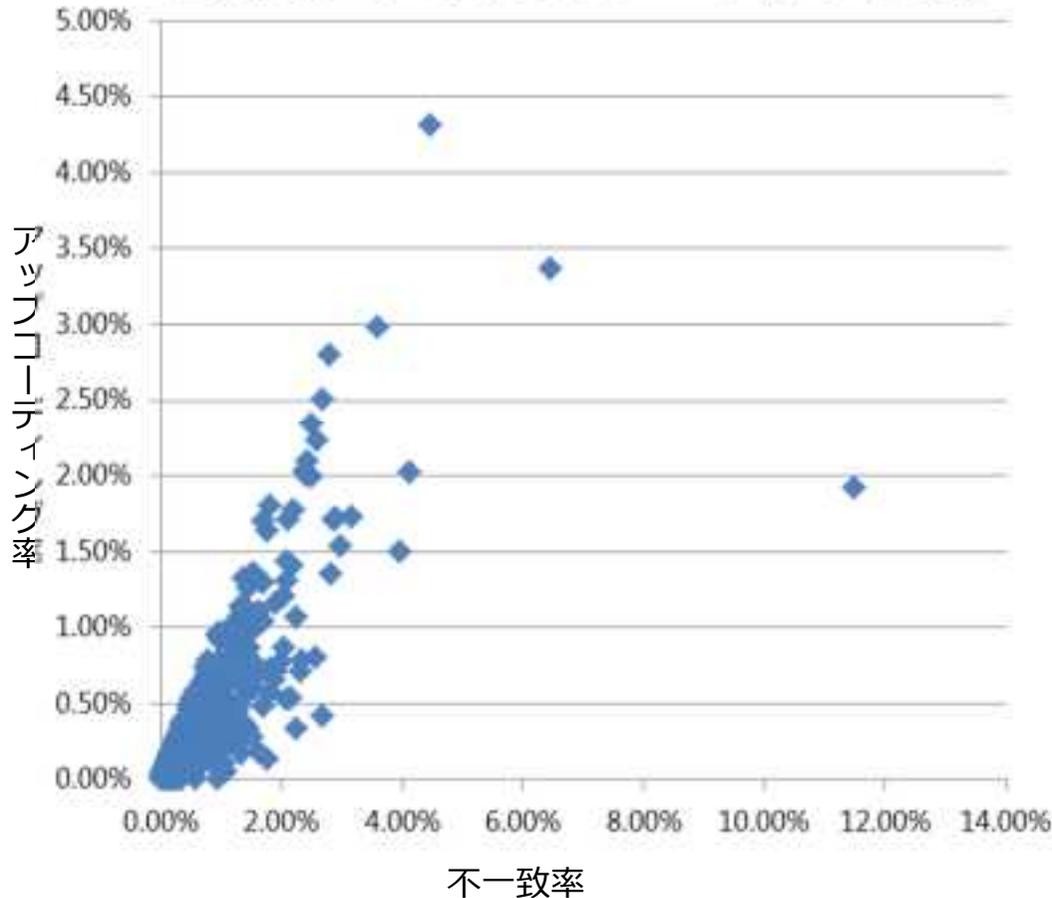
医療機関群	最大値	中央値
Ⅰ群（派遣あり）	1.03%	0.50%
Ⅰ群（派遣無し）	4.11%	0.34%
Ⅱ群	2.25%	0.22%
Ⅲ群	11.50%	0.18%
全医療機関	11.50%	0.19%

※Ⅲ群において、不一致率が6%以上となる2医療機関については表示していない

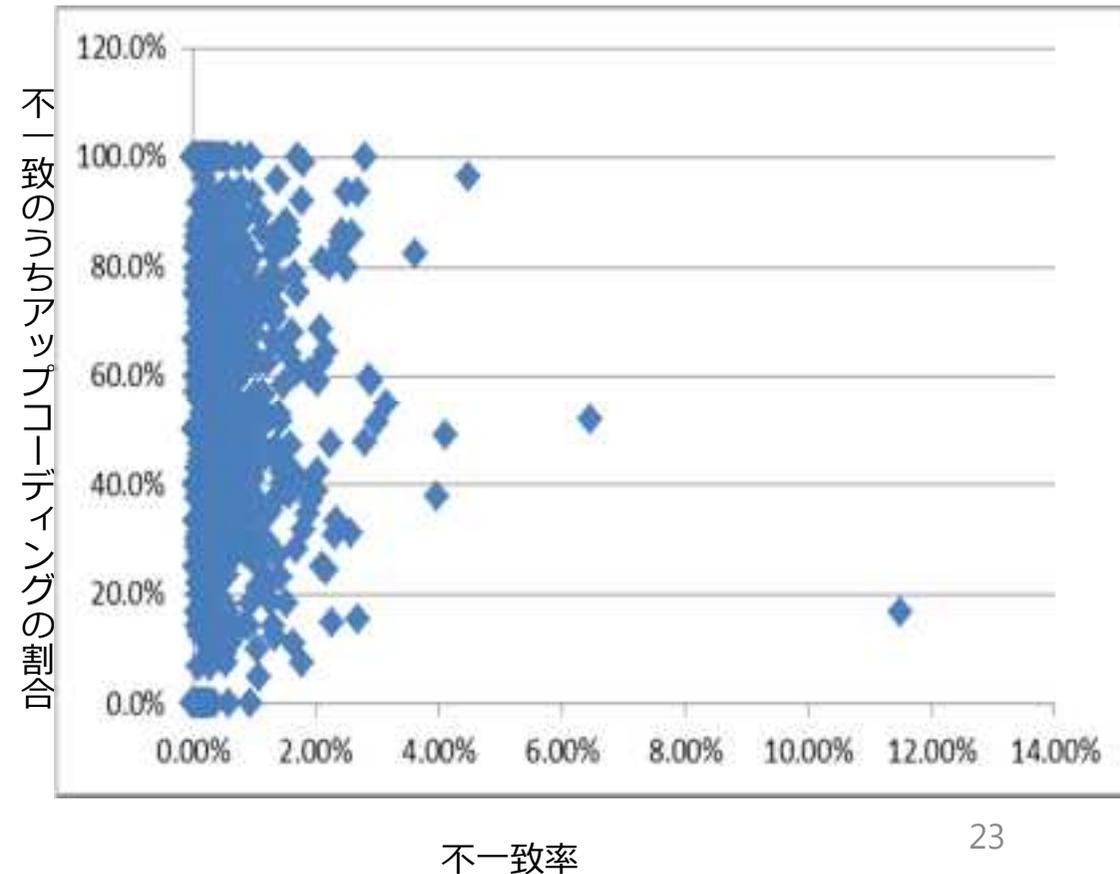
アップコーディングに関する分析

- H28年度のDPCデータにおける、コーディングの不一致率とアップコーディング率の関係、不一致率と不一致率のうちアップコーディングである割合の関係を示した。
- アップコーディングとは、実際に選択された診断群分類番号と、様式1およびEFファイル等から抽出し機械的に選択した診断群分類番号が異なり、実際のコーディングが高得点となるものと定義。
- 不一致の割合が高い医療機関がアップコーディングが多い率が高いというわけではない。
- 不一致のうち、100%がアップコーディングであった病院は173あった。

医療機関毎の不一致率とアップコーディング率の関係



医療機関毎の不一致率と不一致のうちアップコーディングである割合の関係



精神科診療への評価

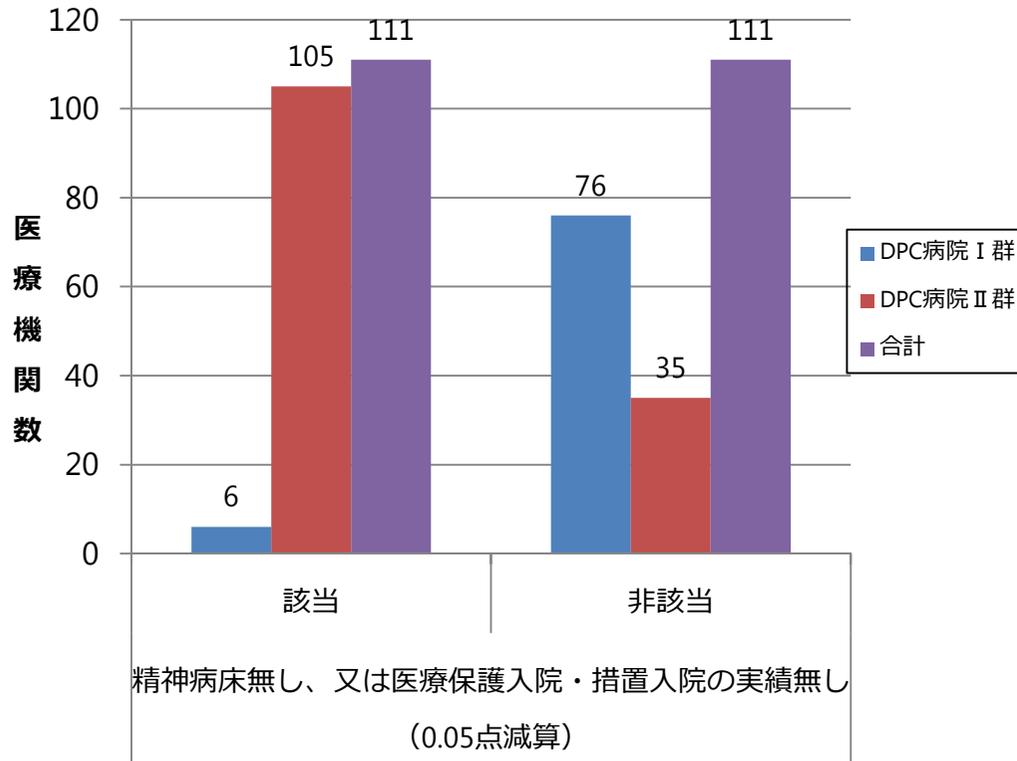
診調組 D-2 参考
29.7.19

- ・ 保険診療係数と地域医療係数において、別の観点から精神科入院診療について評価している。

保険診療係数

精神病床を備えていないまた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

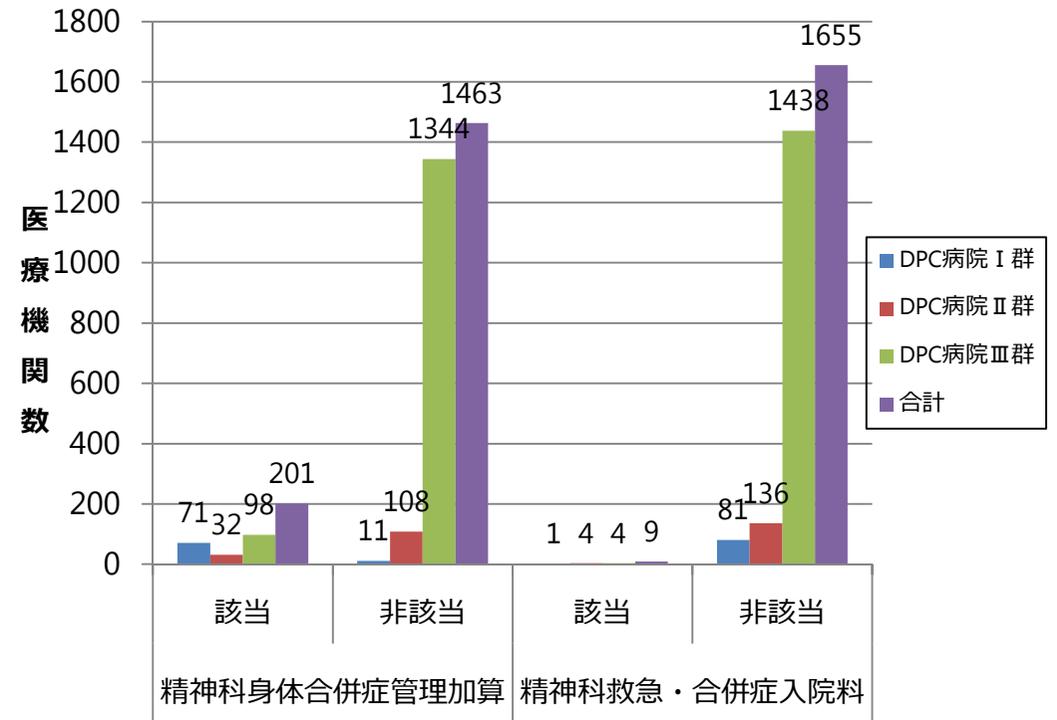
保険診療指数を0.05点減点



地域医療係数

「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

地域医療係数の体制評価指数に1P加点



地域医療係数と保険診療係数における 精神科診療への評価について

- ・ I・II群ともに、保険診療係数で診療体制があると評価される医療機関は、地域医療係数でも加点対象となり、保険診療係数で評価されない医療機関は地域医療係数でも加点対象とならない傾向。

【保険診療係数】

- ・ 精神病床を備えていないまた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群病院を減点

【地域医療係数】

- ・ 「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

※A230-3精神科身体合併症管理加算の施設基準（主なものを抜粋）

- ・ 精神科を標榜
- ・ 当該病棟に選任の内科又は外科の医師の配置
- ・ 精神障害者に対する身体合併症の治療が行えるよう、精神科以外の診療科との連携が取られている病棟であること

※A311-3精神科救急・合併症入院料の施設基準（主なものを抜粋）

- ・ 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院の病棟単位で行うものであること。
- ・ 主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

I 群	保険診療係数で減点なし	保険診療係数で減点あり
地域医療係数で加点	71	0
地域医療係数で加点なし	5	6

II 群	保険診療係数で減点なし	保険診療係数で減点あり
地域医療係数で加点	34	1
地域医療係数で加点なし	1	104