

## 個別改定項目について（その2）修正部分見え消し版

### 重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

重点課題1-1 救急・周産期医療の推進について

重点課題1-2 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について

重点課題1-3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について

重点課題1-4 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

### 重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

重点課題2-1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について

重点課題2-2 看取りに至るまでの医療の充実について

重点課題2-3 早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進について

重点課題2-4 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について

重点課題2-5 訪問看護の充実について

重点課題2-6 医療・介護の円滑な連携について

## I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

### I-1 がん医療の推進について

緩和ケア病棟の評価の見直し	1
緩和ケアを行う医療機関の評価	2
外来緩和ケアの更なる評価	5
在宅における緩和ケアの評価	7
医療用麻薬処方日数（14日）制限の緩和	8
がん診療連携の充実	9
外来放射線照射診療料の新設	13

小児入院医療管理料における放射線治療の評価	15
<b>I-2 生活習慣病対策の推進について</b>	
糖尿病透析予防指導の評価	17
たばこ対策への評価	18
<b>I-3 精神疾患に対する医療の充実について</b>	
精神科急性期入院医療の評価	20
精神科慢性期入院医療の評価	23
地域における精神医療の評価	25
<b>I-4 認知症対策の推進について</b>	
認知症入院医療の評価	33
認知症患者の外来診療の評価	36
重度認知症デイ・ケア料の評価	38
長期療養中の認知症患者の急性増悪に対する医療連携の評価	39
<b>I-5 感染症対策の推進について</b>	
結核病棟入院基本料における退院基準の評価	40
結核病棟入院基本料における服薬管理等の評価	42
陰圧室、無菌治療室の適正な評価	43
感染防止対策への評価	45
<b>I-6 リハビリテーションの充実について</b>	
回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価	47
早期リハビリテーションの評価	50
外来リハビリテーションの評価	52
訪問リハビリテーション中の急性増悪への対応	54
リハビリテーションの充実について	55
<b>I-7 生活の質に配慮した歯科医療の推進について</b>	
<b>I-8 医療技術の適切な評価について</b>	
医療技術の適切な評価	56
先進医療の保険導入	59
医療技術の評価及び再評価	60
<b>I-9 イノベーションの適切な評価について</b>	
新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設	65
外来化学療法の評価の充実	69

## II 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

### II-1 医療安全対策等の推進について

医療安全対策等に関する評価 . . . . . 7 2

### II-2 患者に対する相談支援対策の充実等について

患者サポート体制の充実した医療機関への評価 . . . . . 7 3

患者に対する相談支援体制の充実等について . . . . . 7 4

明細書の無料発行の促進 . . . . . 7 5

### II-3 診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について

入院基本料等加算の簡素化 . . . . . 7 7

## III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

### III-1 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）  
の見直し . . . . . 8 2

DPCフォーマットデータ提出の評価 . . . . . 9 2

### III-2 慢性期入院医療の適切な評価について

### III-3 医療の提供が困難な地域に配慮した評価について

### III-4 診療所の機能に着目した評価について

### III-5 医療機関の連携に着目した評価について

医療機関間の連携に着目した評価 . . . . . 9 4

### III-6 調剤報酬について

## IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

### IV-1 後発医薬品の使用促進について

### IV-2 平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組について

平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組について . 9 9

### IV-3 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について

検体検査実施料の適正化について	100
<b>IV-4 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について</b>	
医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化	101
コンピューター断層撮影診断料の見直し	102
ビタミン剤の取扱い	104
人工腎臓等の適正な評価	105
コンタクトレンズに係る診療の適正評価	108

## 緩和ケアを行う医療機関の評価

骨子【I-1-(2)】

### 第1 基本的な考え方

緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算について、がん診療連携の拠点となる病院等以外であっても要件を満たし質の高い緩和ケアを行っている医療機関については、評価を行う等充実を図る。

### 第2 具体的な内容

1. 緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算に係る施設基準の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>① 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。</p> <p>② 当該病棟において1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。</p> <p>③ 当該療養を行うにつき十分な体</p>	<p>【緩和ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>① 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。</p> <p>② 当該病棟において1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。</p> <p>③ 当該療養を行うにつき十分な体</p>

<p>制が整備されていること。</p> <p>④ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>⑤ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。</p> <p>⑥ 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。</p> <p>⑦ 健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。</p> <p>⑧ <u>がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</u></p> <p>⑨ 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。</p> <p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</p> <p>① 緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>② 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>③ <u>がん診療連携の拠点となる病院</u></p>	<p>制が整備されていること。</p> <p>④ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>⑤ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。</p> <p>⑥ 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。</p> <p>⑦ 健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。</p> <p><del>⑧</del></p> <p><u>⑧ がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている、若しくはそれに準ずる病院であること。</u></p> <p><del>⑨</del>⑨ 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。</p> <p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</p> <p>① 緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>② 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p><del>③</del></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</u></p>	<p>③ <u>がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている、若しくはそれに準ずる病院であること。</u></p>
--------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

2. 小児の緩和ケアについては、特別な配慮を必要とすることから、がん性疼痛緩和指導料、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に小児加算を新設する。

(新)	<u>がん性疼痛緩和指導料</u>	<u>小児加算</u>	<u>○点</u>
(新)	<u>緩和ケア診療加算</u>	<u>小児加算</u>	<u>○点</u>
(新)	<u>外来緩和ケア管理料</u>	<u>小児加算</u>	<u>○点</u>

(\*「外来緩和ケア管理料」は今回改定で新設予定(重点課題1-4))

[算定要件]

15歳未満の小児患者に対し、当該指導管理を行った場合に算定する。

## 糖尿病透析予防指導の評価

骨子【I-2-(1)】

### 第1 基本的な考え方

透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、これらに係る医療費も増加していることを勘案し、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行う。

### 第2 具体的な内容

糖尿病患者に対し、外来において、透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設する。

#### (新) 糖尿病透析予防指導管理料 ○点

[算定要件]

ヘモグロビン A<sub>1c</sub> (HbA<sub>1c</sub>) が 6.1% (JDS 値) 以上、6.5% (国際標準値) 以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者 であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者 (透析療法を行っている者を除く) に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。

[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
  - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
  - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
  - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- ② 糖尿病教室等を実施していること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

## 感染防止対策への評価

骨子【I-5-(4)】

### 第1 基本的な考え方

院内感染の防止策について、感染防止対策チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームを持つ医療機関と300床未満の医療機関との連携、及び感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合や、連携して院内感染対策に当たった場合の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し

(1) 感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算2を新設し、感染防止対策加算2を算定している医療機関は感染防止対策加算1を算定する医療機関と連携していることとする。

(新) 感染防止対策加算1      〇点 (入院初日)

(新) 感染防止対策加算2      〇点 (入院初日)

[施設基準]

感染防止対策加算1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- ② 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師（医師又は看護師のうち1名は専従）、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

- ③ 年4回以上、感染防止対策加算2を算定する医療機関と合同の感染防止対策に関する取組を話し合うカンファレンスを開催していること。
- ④ 感染防止対策加算2を算定する医療機関から感染防止対策に関する相談を適宜受け付けること。

#### 感染防止対策加算2

- ① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であること を標準とする。
- ② 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- ③ 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師（医師、看護師とも専任で差し支えない）、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
- ④ 年に4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関が開催する感染防止対策に関するカンファレンスに参加していること。

(2) 感染防止対策加算の新設に合わせて、医療安全対策加算の感染防止対策加算を廃止する。

2. 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。

(新) 感染防止対策地域連携加算      〇点（入院初日）

#### [施設基準]

- ① 感染防止対策加算1を算定していること。
- ② 感染防止対策加算1を算定している医療機関同士が連携し、年1回以上、互いの医療機関に赴いて、相互に感染防止対策に係る評価を行っていること。

## 入院基本料等加算の簡素化

骨子【Ⅱ－３－（１）】

### 第１ 基本的な考え方

診療報酬項目の簡素化の観点から、すでに多くの医療機関で算定されている加算等について見直しを行う。

### 第２ 具体的な内容

#### １．栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の見直し

(1) 栄養管理実施加算について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。なお、栄養管理体制の整備に一定の時間がかかると考えられるため、平成24年3月31日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成〇年〇月〇日までの間は経過措置を設ける。

現 行	改定案
第1章 第2部 通則7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。	第1章 第2部 通則7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び <u>栄養管理体制</u> について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。 [栄養管理体制の基準] ① 当該保険医療機関に常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。 ② 患者の入院時に患者ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養

<p>【栄養管理実施加算】（1日につき） 12点</p>	<p>士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を作成していること。</p> <p>③ 当該栄養管理計画に基づき入院患者ごとの栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。</p> <p>④ 当該栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。</p> <p>⑤ 有床診療所においては管理栄養士は常勤でなくても差し支えない。</p> <p><u>（削除）</u></p>
----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[経過措置]

平成 24 年 3 月 31 日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成〇年〇月〇日までの間は栄養管理体制の整備に資する計画を策定する等の要件を課した上で、栄養管理体制を満たしているものとする。

(2) 褥瘡患者管理加算について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。

現 行	改定案
<p>[褥瘡対策の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。</p> <p>② 当該保険医療機関において、褥瘡</p>	<p>[褥瘡対策の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。</p> <p>② 当該保険医療機関において、褥瘡</p>

<p>対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>③ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を実施すること。</p> <p>【褥瘡患者管理加算】（入院中1回） 20点</p> <p>[算定要件] 入院している患者について、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に算定する。</p>	<p>対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>③ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき褥瘡に関する危険因子の評価を行い、<u>褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者につき、適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。</u></p> <p>④ <u>患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(3) 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算について、入院基本料、特定入院料で包括して評価することから、入院基本料、特定入院料の評価をそれぞれ〇点ずつ引き上げる。

## 2. 療養病棟療養環境加算・診療所療養病床療養環境加算の見直し

療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算については、一部に医療法の本則を下回る基準が設定されていることから、評価体系を見直し、本則を下回る病棟については、当療養環境の改善計画を策定させることとする。

(1) 療養病棟療養環境加算の見直し

現 行	改定案
<p>【療養病棟療養環境加算】（1日につき）</p> <p>1 療養病棟療養環境加算 1 132点</p> <p>2 療養病棟療養環境加算 2 115点</p> <p>3 療養病棟療養環境加算 3 90点</p> <p>4 療養病棟療養環境加算 4 30点</p>	<p>【療養病棟療養環境加算】（1日につき）</p> <p>1 療養病棟療養環境加算 1 132点</p> <p>2 療養病棟療養環境加算 2 115点</p> <p><u>【療養病棟療養環境改善加算】</u></p> <p>1 <u>療養病棟療養環境改善加算 1</u> ○点(新)</p> <p>2 <u>療養病棟療養環境改善加算 2</u> ○点(新)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医療法上の原則は満たさないものの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。</u></p> <p><u>当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。</u></p>

[経過措置]

平成 24 年 3 月 31 日に療養病棟療養環境加算 3、4 の届出を行っている病棟にあつては、平成 24 年 9 月 30 日までの間、従前の加算を算定できる。

(2) 診療所療養病床療養環境加算の見直しについて、一部に医療法を下回る基準が設定されていることから、~~評価体系を見直す。~~

現 行	改定案
-----	-----

<p>【診療所療養病棟療養環境加算】（1日につき）</p> <p>1 診療所療養病床療養環境加算 1 100点</p> <p>2 診療所療養病床療養環境加算 2 40点</p>	<p>【診療所療養病棟療養環境加算】（1日につき）</p> <p>診療所療養病床療養環境加算 100点</p> <p><u>【診療所療養病棟床療養環境改善加算】</u></p> <p><u>診療所療養病床療養環境改善加算</u> 〇点（新）</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医療法上の原則は満たさないものの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。</u></p> <p><u>当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病棟床の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。</u></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[経過措置]

平成24年3月31日に診療所療養病床療養環境加算2の届出を行っている病床にあつては、平成24年9月30日までの間、従前の加算を算定できる。

## DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に 基づく定額報酬算定制度）の見直し

骨子【Ⅲ－１－（６）】

### 第１ 基本的な考え方

1. 今回の診療報酬改定における入院基本料等の見直し等については、従前からの診療報酬改定における取扱いを踏まえながら、DPC/PDPSにおいても、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の措置を講ずる。
2. 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、今後段階的に基礎係数（包括範囲・平均出来高点数に相当）と機能評価係数Ⅱに置換えることとし、平成24年度改定において必要な措置を講じる。なお、基礎係数については、機能や役割に応じた医療機関群別に設定する。
3. 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。
4. 機能評価係数Ⅱについては、現行の6項目を基本として必要な見直しを行う。また、その際、項目に応じて各医療機関群の特性を踏まえた評価手法を導入する。
5. 特定入院料の取扱い（評価のあり方）、在院時期に応じた適切な薬剤料等包括評価のあり方、高額薬剤等に係る対応等、現行DPC/PDPSの算定ルール等に係る課題について必要な見直しを行う。
6. 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対象病院の外来診療に係るデータの提出を求める。

## 第2 具体的な内容

### 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。

### 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、役割や機能が一定程度異なる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、特定機能病院については、「医師研修の実施」を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。

$$\begin{aligned} \text{〔医療機関 A の暫定調整係数〕} &= \\ &\text{〔医療機関 A の属する医療機関群の基礎係数〕} \times 0.25 \\ &+ \text{〔医療機関 A の調整係数（※）〕} \times 0.75 \end{aligned}$$

※ 「調整係数」は制度創設時（平成 15 年）の定義に基づく

③② 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、〇%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。

### 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。

#### 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。

〔機能評価係数Ⅱ見直しの概要〕（詳細は別表1・別表2を参照）

##### 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）

- (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。(詳細別表3)
- (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。

## 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。

## 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。

「Ⅲ-1-⑦」を参照のこと。

## <機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容>

評価対象データは平成 22 年 10 月 1 日～平成 23 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) 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 手順の遵守 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（出来高算定病院におけるデータ提出に係る評価が新設された場合は、機能評価係数 I として整理）。</p> <p>② データの質の評価 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） 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 ※ 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。（同上）</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>
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。 ※ 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）の診断群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	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</p> <p>（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="913 507 2045 727"> <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（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">② 定量評価指数（新設）</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）</p> <p>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）</p> <p>〔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〕</p> <p>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】</p> <p>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】</p> <p>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（新設）	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（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											
	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4											

別表 2

<地域医療指数・体制評価指数別表2>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） 

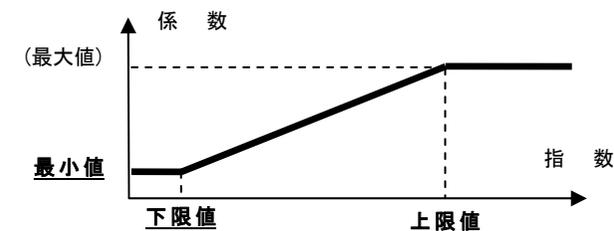
評価項目（各 1P）	DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群	DPC 病院 III 群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価（各 0.5P）	「災害拠点病院の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑥へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで 1P）	
⑦周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P）</li> <li>・ 「地域周産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>	<p>「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）</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られた病院。</p>
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）	

【補足】。体制に係る指定要件については、平成 23 年 10 月 1 日までに指定を受けていること（平成 23 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

別表 3

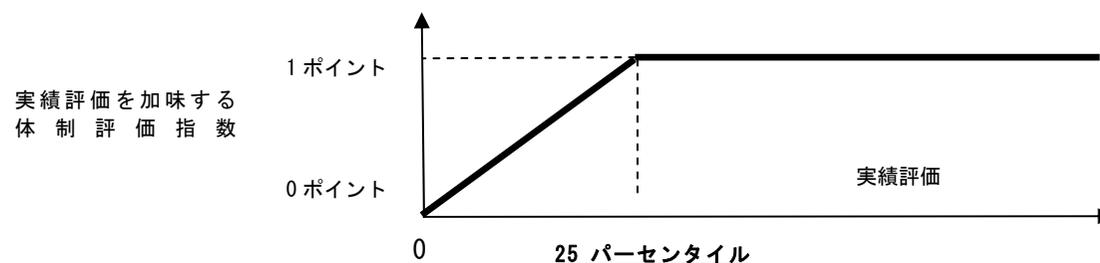
<評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値>

原則	指数の 上限・下限	外れ値等を除外するため、原則 97.5%タイル値、2.5%タイル値に設定（シェア等、値域が一定の範囲の場合は個別に設定）。		
	係数の最小値	0に設定。		
具体的な設定	指数		係数	※備考
	上限値	下限値	最小値	
データ	(固定の係数値のため設定なし。)			※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
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
カバー率	1.0	0	0 (※1)	
救急医療	97.5%tile 値	0 (※2)	0	
地域医療（定量評価）	1.0	0	0	



②<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>

- 脳卒中地域連携、がん地域連携、地域がん登録、救急医療の4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パーセントタイル値を上限値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））。



## D P Cフォーマットデータ提出の評価について

骨子【Ⅲ－１－（７）】

### 第１ 基本的な考え方

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、D P C対象病院ではない出来高算定病院がについても、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。また、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、D P C対象病院のにおける外来診療や入院診療の出来高算定患者（包括対象外の患者）に係るデータの提出を求めるについても出来高算定病院での取扱いと同様な評価を行う。この際、D P C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（統合）する。

### 第２ 具体的な内容

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新設する。

#### （新） データ提出加算 1

イ 200床以上の病院 〇点（退院時1回）

ロ 200床未満の病院 〇点（退院時1回）

#### （新） データ提出加算 2

イ 200床以上の病院 〇点（退院時1回）

ロ 200床未満の病院 〇点（退院時1回）

[算定要件]

データ提出加算 1

- ① データ提出することをあらかじめ届出た上で、D P Cフォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該D P Cフォーマットのデータを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から対象病棟(様

~~式1の作成対象病棟~~に入院し、~~退院した全入院患者に対して~~算定可能。

- ② データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算を算定できない（従来のデータ提出係数と同等の取扱い）。

#### データ提出加算2

- ① 入院診療に係るデータに加えて外来診療データを提出した場合に算定する。
- ② データ提出することをあらかじめ届出た上で、DPCフォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該DPCフォーマットのデータを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から対象病棟(様式1の作成対象病棟)に入院し、退院した全入院患者に対して算定可能。
- ③ データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算を算定できない（従来のデータ提出係数と同等の取扱い）。

#### [施設基準]

- ① 一般病棟入院基本料（7対1又は10対1）、専門病院入院基本料（7対1又は10対1）、特定機能病院一般病棟入院基本料（7対1又は10対1）を算定している病院であること。
- ② 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること、又はそれと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定していること。
- ③ 「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。

#### [その他]

- ① 「外来診療データ」については、平成24年10月1日診療分を目途にデータ提出を受け付ける方向で対応する。
- ② DPC対象病院については、上記加算の新設に伴い、データ提出に係る評価を機能評価係数I（係数の設定方法については、その他の機能評価係数Iと同様）又は包括外の患者については当該評価として整理する。