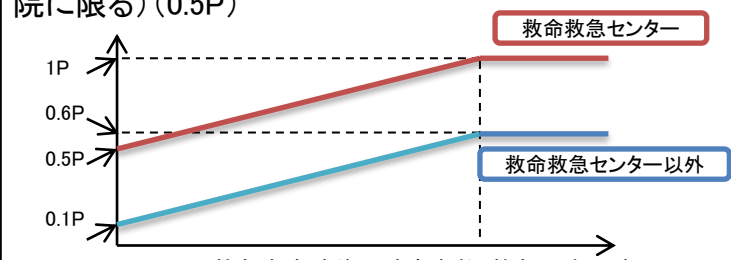
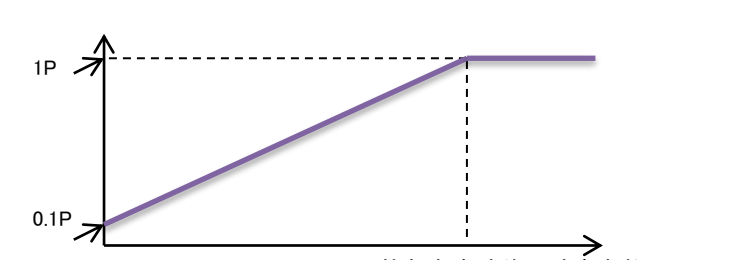


4. 機能評価係数Ⅱの見直し

地域医療係数・体制評価指数(ポイント制)群別評価の概要(1)

| 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)  |

4. 機能評価係数Ⅱの見直し

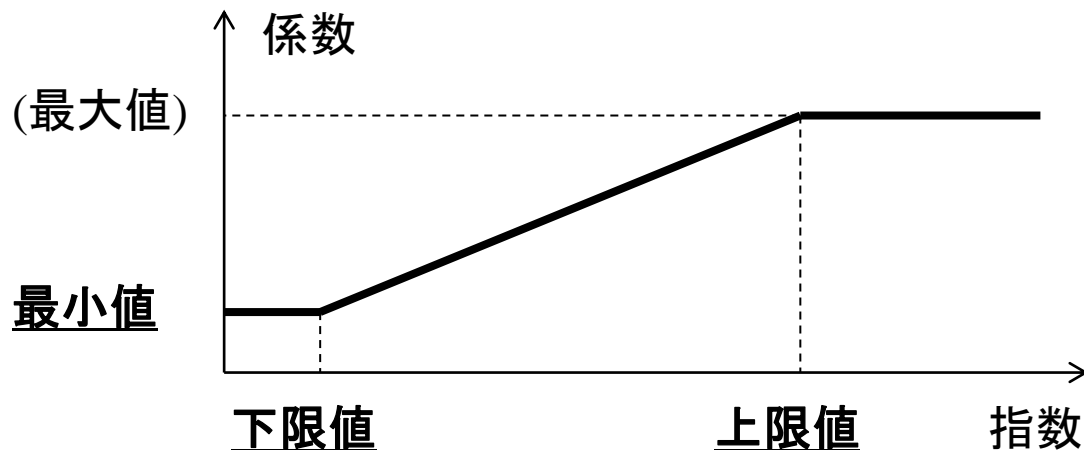
地域医療係数・体制評価指数(ポイント制)群別評価の概要(2)

| 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(新) | <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(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) | |

4. 機能評価係数Ⅱの見直し

機能評価係数Ⅱの係数化の方法

| 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)。 | | ※備考 |
|-------------------------|-----------------------|--|--------|--|
| | 係数の最小値 | 0に設定。 | | |
| 具体的な設定 | 指数 | | 係数 | |
| | 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 | |
| 地域医療定性評価 (実績を加味する指標) | 25%tile値 (0の施設を除く) | 0 | 0 | |



4. 機能評価係数Ⅱの見直し

定例報告

1. 概要

- 機能評価係数Ⅱのうち、地域医療指数（体制評価指数）については、DPC対象病院における各事業毎の10月1日時点の参加状況を各厚生局・都道府県に確認した上で、翌年度の評価に反映している。
- これまでの改定では、DPC対象病院から保険局医療課に報告された内容を、各厚生局において個別に確認して頂いていたところであるが、確認業務の円滑化を図るため、別途様式を定め、DPC対象病院及びDPC準備病院から「定例報告」として厚生局に届出を行ってもらうものとする。

2. 報告内容（案）

（1）施設基準の届出状況

- ①脳卒中地域連携（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）、B005-3-2地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ））
- ②がん地域連携（B005-6がん治療連携計画策定料、B005-6-2がん治療連携指導料）
- ③24時間t-PA体制（A205-2 超急性期脳卒中加算）

（2）都道府県が行う事業への参加状況

- ①地域がん登録（登録件数）
- ②救急医療（病院群輪番制への参加、共同利用型病院の施設、救命救急センター）
- ③災害時の医療（災害拠点病院の指定、災害派遣医療チーム（DMAT）の指定、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への参加状況）
- ④へき地の医療（へき地医療病院の指定、社会医療法人許可におけるへき地医療の要件（へき地診療所への医師派遣実績、へき地順回診療の実績））
- ⑤周産期医療（総合周産期母子医療センターの指定、地域周産期母子医療センターの認定）
- ⑥がん診療連携拠点病院（がん診療連携拠点病院の指定、都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定）

（3）その他

- ①病床数（医療法許可病床数、DPC算定病床数）
- ②医師数（臨床研修医数）

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。

5. 算定ルールの見直し

特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルールの見直し(1)

「化学療法あり」の診断群分類

特定入院期間

出来高算定

入院日数

化学療法実施

問題点

「請求時に診断群分類は決定」する、というルールであることから、「化学療法あり」の診断群分類となるが、化学療法に係る薬剤が別途出来高算定可能

改

診断群分類点数表に掲げる入院日Ⅲまでに化学療法等を実施されない場合は、入院期間Ⅲを超えた日以降も当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の当該薬剤料を算定することはできない。

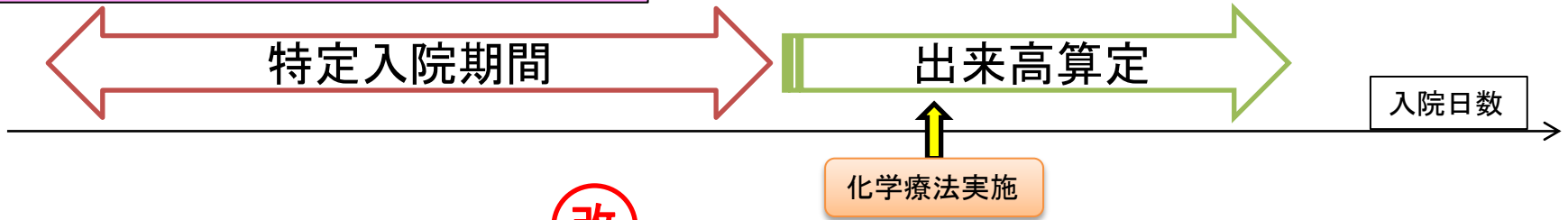
<対象となる診断群分類>

- ① 悪性腫瘍患者に対する化学療法に係る診断群分類
- ② ①以外であって、特定の薬剤名(成分名)を冠する診断群分類
(※悪性腫瘍患者以外の患者が含まれる)

5. 算定ルールの見直し

特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルールの見直し(2)

「化学療法あり」の診断群分類



改

診断群分類点数表に掲げる入院日Ⅲまでに化学療法等を実施されない場合は、入院期間Ⅲを超えた日以降も当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の当該薬剤料を算定することはできない。



<対象となる診断群分類と算定できない薬剤>

- ① 悪性腫瘍患者に対する化学療法に係る診断群分類
悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤が算定不可(溶剤となる生理食塩水等を含む)。
- ② ①以外であって、特定の薬剤名(成分名)を冠する診断群分類
(※悪性腫瘍患者以外の患者が含まれる)
明示された薬剤(ただし、明示された薬剤以外の薬剤と併用療法とすることが添付文書等により医学的に明らかなものについては当該併用薬剤も含む。)が算定不可。

○それ以外の薬剤に係る薬剤料(例:糖尿病に係る薬剤料)については算定可能。

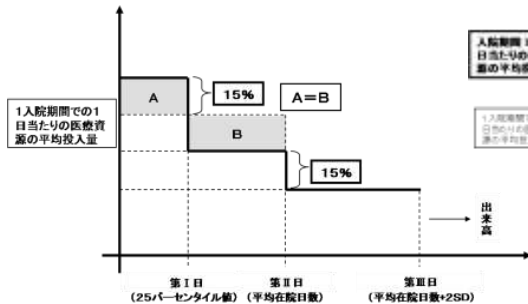
5. 算定ルールの見直し

診断群分類点数表の点数設定方法の見直し

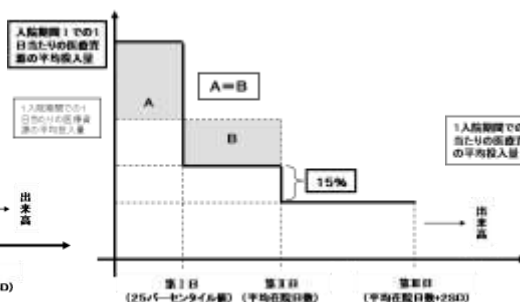
< 1日当たり定額点数・設定方式のポイント >

- 急性期入院医療における平均在院日数等のバラツキの実態（制度導入当時）を踏まえ、診療の効率化推進と早期退院インセンティブの度合のバランスから、一件あたり定額ではなく、一日あたり定額を採用
- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者（アウトライヤー）については平均在院日数+2SDを超えた部分について出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、4種類の点数設定パターンで対応

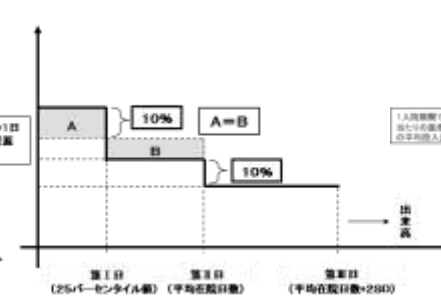
A 一般的な診断群分類



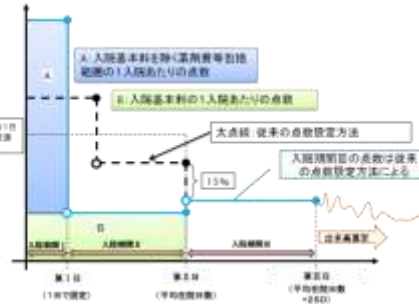
B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



D 高額薬剤に係る診断群分類(新規)



1. 経緯

- 高額な投薬や処置等を長期継続的に実施する疾患の患者が、その疾患とは直接関連のない他疾患の治療のためDPC病院に入院し、当該疾患を主病とした場合には、高額な薬剤費等が包括点数に十分に反映されていないとの指摘があった。このため、**HIV治療薬、血液凝固因子製剤(血友病等)、人工腎臓及び腹膜灌流(慢性腎不全)**については**出来高で算定**することとなった。
- 一方で、**抗がん剤**についても**同様の取扱いとするべき**ではないか、との意見があり、このことについてDPC評価分科会において検討を行った。

2. DPC評価分科会(平成21年12月24日)における検討

(1) 分科会の議論において指摘された論点

①DPC病院における抗がん剤使用の実態

抗がん剤には多数の種類があり、また、注射薬、経口薬の違いもあることから、取扱いについては現場の使用実態も踏まえた慎重な検討が必要。

②他の薬剤との整合性

抗がん剤以外にも生物製剤等、高額な薬剤があることから、DPCにおける高額薬剤の取扱いに関する整理が必要。

③高額薬剤に関する対応の考え方

DPCにおいては、従来から抗がん剤などの高額薬剤の取扱いについて、診断群分類の精緻化などで対応しているが、その考え方が整理されていない。

(2) 結論

この問題は、整理が必要であり、DPC制度の在り方そのものに関わることから、時間をかけて検討するべきとの結論になった。