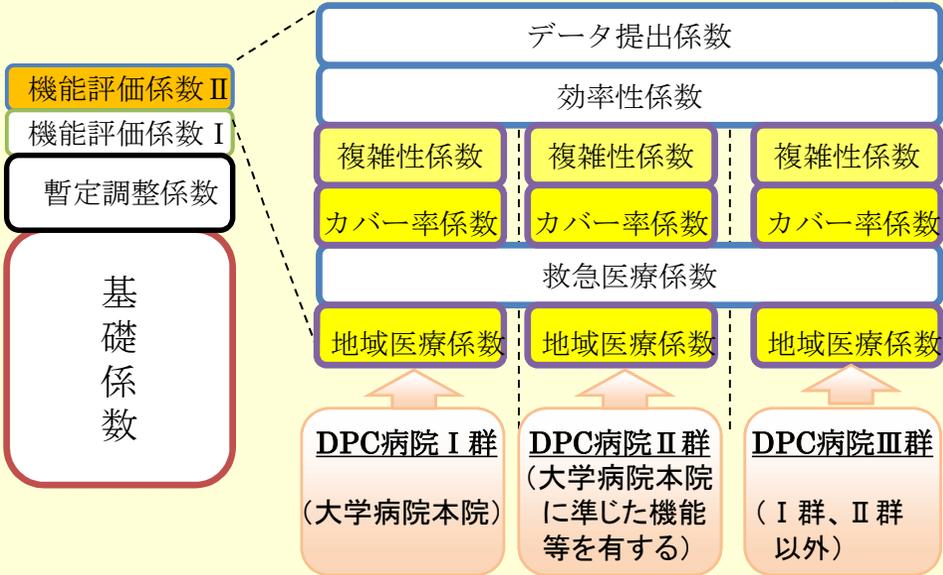


DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定)の見直し等②

機能評価係数Ⅱの見直し(病院群別・評価体系の導入と評価項目の拡充)

■病院群別・評価体系の導入による機能分化の推進

➤ 「複雑性」「カバー率」「地域医療」の群別評価と病院群の特性に応じた評価基準の導入



【例1】「地域医療」の救急医療体制評価指数:

I・II群は救命救急センターを重点評価
III群は二次救急輪番への参加を重点評価

【例2】「カバー率」: III群は専門診療に配慮

■評価項目の拡充

- (新) 地域医療貢献の 定量評価指数を導入
(地元医療圏の患者割合)
- (改) 体制評価指数の見直し
 - ・7項目⇒10項目に拡充(評価上限も設定)
 - ・ポイント評価で一定の実績を考慮

DPCデータ提出評価の充実

■急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割の分析・評価を推進

➤ DPC対象病院について、外来診療に係るデータの提出に対応

(新) 機能評価係数Ⅰ データ提出加算2

➤ DPC対象病院以外の急性期病院について、DPCフォーマットデータの提出を評価

(新) データ提出加算1 イ(200床以上) 100点、ロ(200床未満) 150点(入院診療のみ提出)(退院時一回)

(新) 2 イ(200床以上) 110点、ロ(200床未満) 160点(入院診療と外来診療を提出)(退院時一回)

DPCフォーマットデータ提出の評価について

DPCフォーマットデータ提出の評価

- 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対象病院ではない出来高算定病院についても、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。

(新) データ提出加算1 (入院診療のみ提出)

イ(200床以上)100点、ロ(200床未満)150点(退院時一回)

(新) データ提出加算2 (入院診療と外来診療を提出)

イ(200床以上)110点、ロ(200床未満)160点(退院時一回)

※ DPC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

[施設基準]

- (1) 7対1及び10対1入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料のみ)を算定する保険医療機関であること。
- (2) 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。(DPC対象病院以外の病院は、同等の診療録管理体制を有し、当該基準を満たすべく計画を策定している保険医療機関でも差し支えない。)
- (3) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、調査事務局と常時連絡可能な担当者を2名指定すること。
- (4) 「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。

[算定基準]

- データの提出(データの再照会に係る提出も含む。)に遅延等が認められた場合は、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。等

新たにデータ提出を始める病院のスケジュール(イメージ)

少なくとも2か月分

①データ作成開始前に医療課長に届出(※1)

②6,7月分(試行データ)を作成

③ソフトウェアによる自己チェック(※2)

⑦通知された区分を厚生局に届出

10月からは、DPC対象病院等と同じタイミングで3か月毎に提出(※3)。
10月1日より

⑧データ提出加算算定可

⑨10~12月分を作成
→1月提出

病院

④試行データを提出(8月)

⑥通知

内容が適切であれば算定区分を通知

⑤判定

厚生労働省(調査事務局)

7月

8月

9月

10月

11月

12月

※1 4/20までに厚生局を經由して届出(施設の状態により若干時期が異なる)

※2 自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施(必須)。

※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省(調査事務局)にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。

データ提出加算の届出と算定のスケジュール(イメージ)

DPC対象病院
(1505病院)

DPC準備病院(平成23年度以前から)
(約130病院)

既にデータ提出の実績があるため、保険局医療課への届出不要

厚生局へ届出
(4月16日まで)

4月1日より(※)

データ提出加算(機能評価係数Iを含む)算定可

※平成24年4月16日までに届出書の提出があった場合に限る。

平成24年度新規DPC準備病院
(約120病院)

DPC準備病院への申込みを行っているため、保険局医療課への届出不要

4~6月分データを作成

厚生局へ届出
(8月)

9月1日より
データ提出加算算定可



上記以外の出来高算定病院

保険局医療課へ届出
(4月20日まで※)

6,7月分(試行データ)を作成

厚生局へ届出
(9月)

10月1日より
データ提出加算算定可



※施設の状態により若干時期が異なる

平成24年4月1日

慢性期入院医療の適切な評価①

一般病棟における長期療養患者の評価の適正化

- 一般病棟（13対1、15対1病棟に限る）における長期療養患者の評価体系（特定除外制度）の見直しを行い、より適切な医療機関の機能分化を推進する。

90日を超えて入院する患者を対象として、

- ①引き続き一般病棟13対1または15対1入院基本料（出来高）の算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。
- ②療養病棟入院基本料1と同じ評価（医療区分・ADL区分を用いた包括評価）とし、平均在院日数の計算対象外する。

①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとし、当該取扱いは、平成24年10月1日からの施行とする。

なお、②の場合には、地方厚生（支）局に届出を行うこと。

パターン①

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。

