

保険診療係数 (D-1-1)

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】

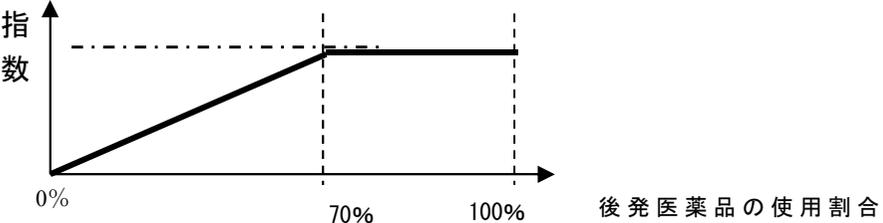
- 1) 年齢階級別退院患者数
- 2) 診断群分類別患者数等（診療科別患者数上位3位まで）
- 3) 初発の5大癌のUICC 病期分類別ならびに再発患者数
- 4) 成人市中肺炎の重症度別患者数等
- 5) 脳梗塞のICD10 別患者数等
- 6) 診療科別主要手術別患者数等（診療科別患者数上位3位まで）
- 7) その他（DIC、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率）

＜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>

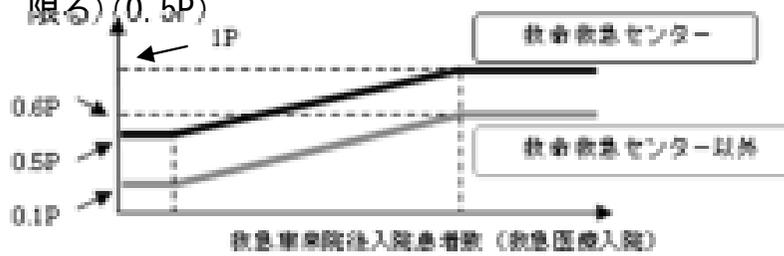
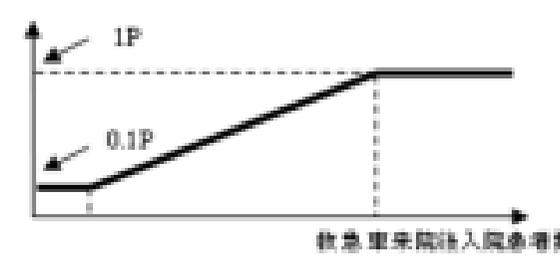
<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)											
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価	<p>[当該医療機関の包括範囲出来高点数(一入院あたり)を、DPC(診断群分類)ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数] / [全病院の平均一入院あたり包括点数]</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>											
4) カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	<p>[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>

地域医療係数 (D-1-2)

<地域医療指数・体制評価指数(平成29年度)>

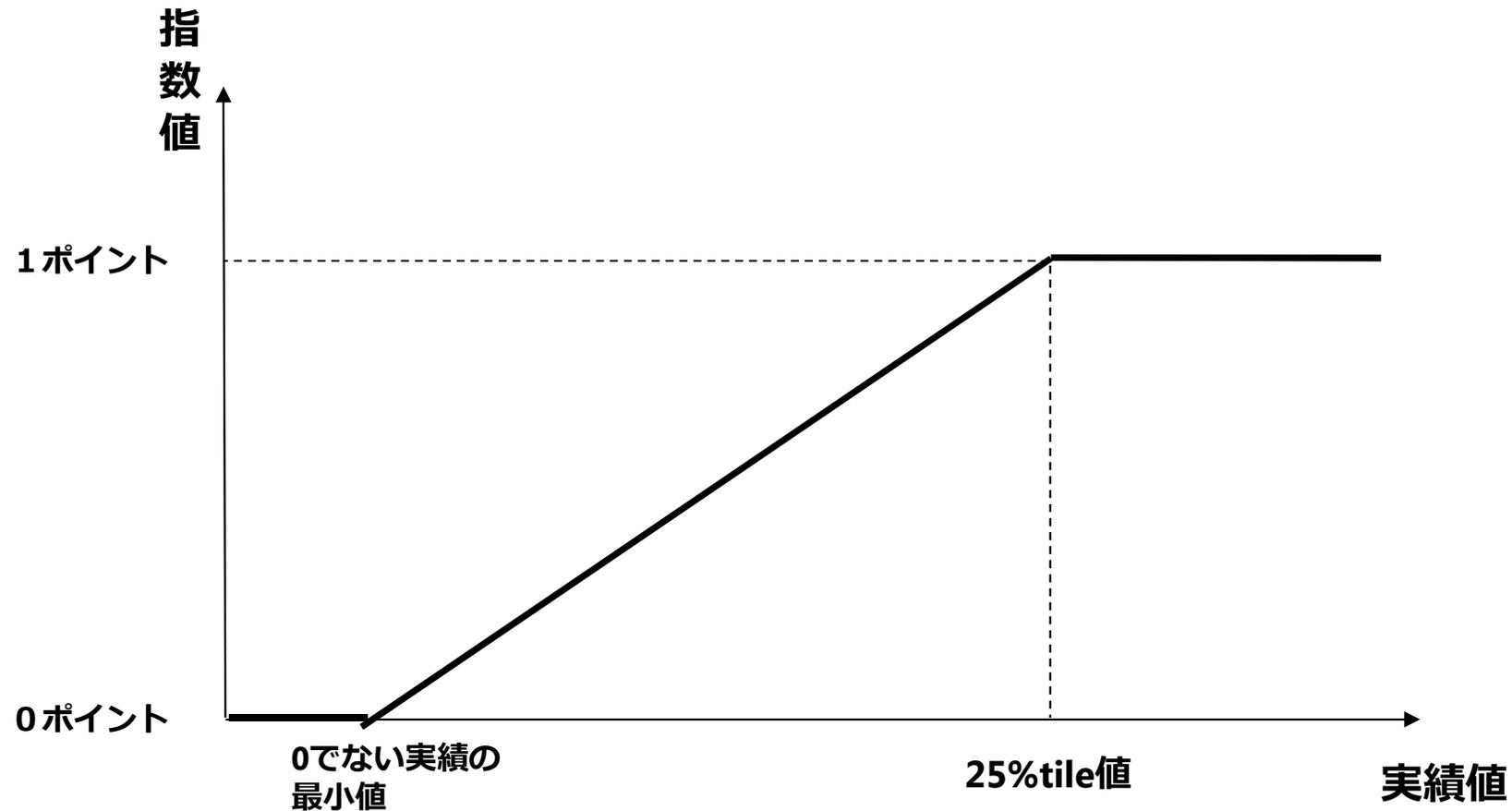
診調組 D-1参考3
29.5.24

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)	
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。	

地域医療係数における実績値の評価方法

- 現在は、脳卒中地域連携、がん地域連携、救急医療、急性心筋梗塞の4項目について、実績値を下記の方法により実施。
- 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））。



新たな地域医療係数体制評価指数（案）

評価項目	概要	Ⅲ群	I群	Ⅱ群
がん	がんの地域連携体制への評価（0.5P）	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〕		
	医療機関群毎にがん診療連携拠点病院等の体制への評価（0.5P）	「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」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「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（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）	
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績への評価（1P）	<ul style="list-style-type: none"> ・ t-PA療法の実施を評価(0.25P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P） （血管内治療の実施：医療資源を最も投入した傷病名が脳梗塞であり、入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績） 		
心筋梗塞等の 心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績（0.5P）	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		
	急性大動脈解離に対する手術実績（0.5P）	医療資源を最も投入した傷病名が大動脈解離であり入院中にK5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5611のいずれかが算定されている症例の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	精神科入院医療への評価（1P）	<ul style="list-style-type: none"> A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P) 		

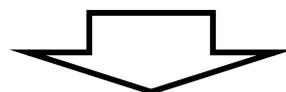
新たな地域医療係数体制評価指数（案）

評価項目	概要	Ⅲ群	I 群	Ⅱ群
災害	災害時における医療への体制を評価（1P）	<ul style="list-style-type: none"> ・BCPの策定実績有無別（平成31年以降の評価導入を検討）災害拠点病院の指定（0.5P） ・DMATの指定（0.25P） ・EMISへの参加（0.25P） 		
周産期	周産期医療への体制を評価（1P）	「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指定」を評価（いずれかで1P）	<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 	
へき地	へき地の医療への体制を評価（1P）	「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）		
救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価（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)	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急センター（0.5P） 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（0.1P）	
		救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	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）（最大0.5P）	
その他	その他重要な分野への貢献（1P）	右記のいずれか1項目を満たせば1P	①治験等の実施 <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(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。 ②新型インフルエンザ等対策 <ul style="list-style-type: none"> ・新型インフルエンザ等対策行動計画に係る医療機関（平成31年以降の評価導入を検討） 	

その他の機能評価係数Ⅱ (D-1-3)

【課題】

- ・ 救急医療管理加算については、平成28年度診療報酬改定において、緊急カテーテル治療・検査等が必要なものを加算1の対象に加えるとともに、加算1・2の評価の見直しを行った。
- ・ 救急医療管理加算の算定回数の推移をみると、加算の区分が2つに分けられた平成26年から、加算1の占める割合は減少傾向である。
- ・ 救急医療管理加算1の算定患者の内訳をみると、「ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態」の患者が最も多く、次いで「ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態」が多かった。
- ・ 医療機関ごとに救急医療管理加算算定患者のうち加算2算定患者の占める割合の分布をみると、加算2の算定患者割合は医療機関ごとに幅広い分布を示した。
- ・ 救急車入院患者のうち救急医療入院患者の占める割合の医療機関毎の分布を見ると、医療機関ごとに幅広い分布を示した。
- ・ 救急車入院患者のうち救急医療管理加算算定患者の占める割合の分布を都道府県ごとにみると、割合の最も高い県と低い県では、3倍以上の差が見られた。
- ・ 救急医療管理加算を算定された患者のうち、3日以内に退院する患者が一定数存在した。
- ・ 救急車で搬送された呼吸不全のない肺炎患者のうち、救急医療管理加算を算定した患者の割合を医療機関ごとにみると、医療機関によって割合の幅広い分布がみられた。
- ・ 救急患者に関する指標の例として、救命救急センターにおける充実段階評価の調査での基準などがある。



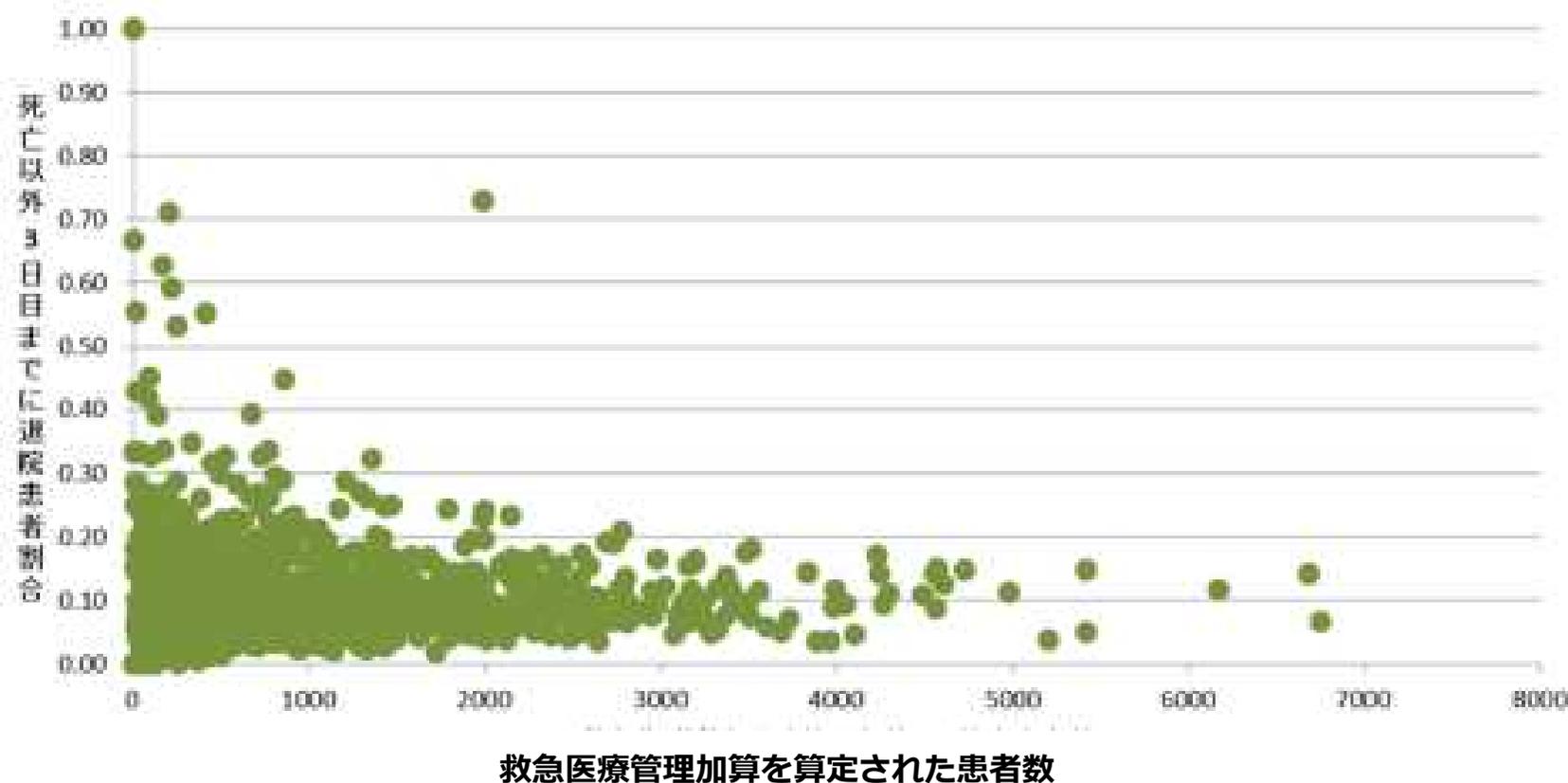
- 救急医療管理加算の算定状況が、医療機関ごとではばらつきが見られていること等の分析を踏まえ、既に、救急医療現場で用いられている指標等を参考に、救急医療管理加算の対象患者についても、分析を行ってはどうか。

救急医療管理加算算定患者の早期退院割合

診調組 D-1参考
29.9.1

○救急医療管理加算を算定された患者のうち、3日以内に退院する患者が一定数存在する。

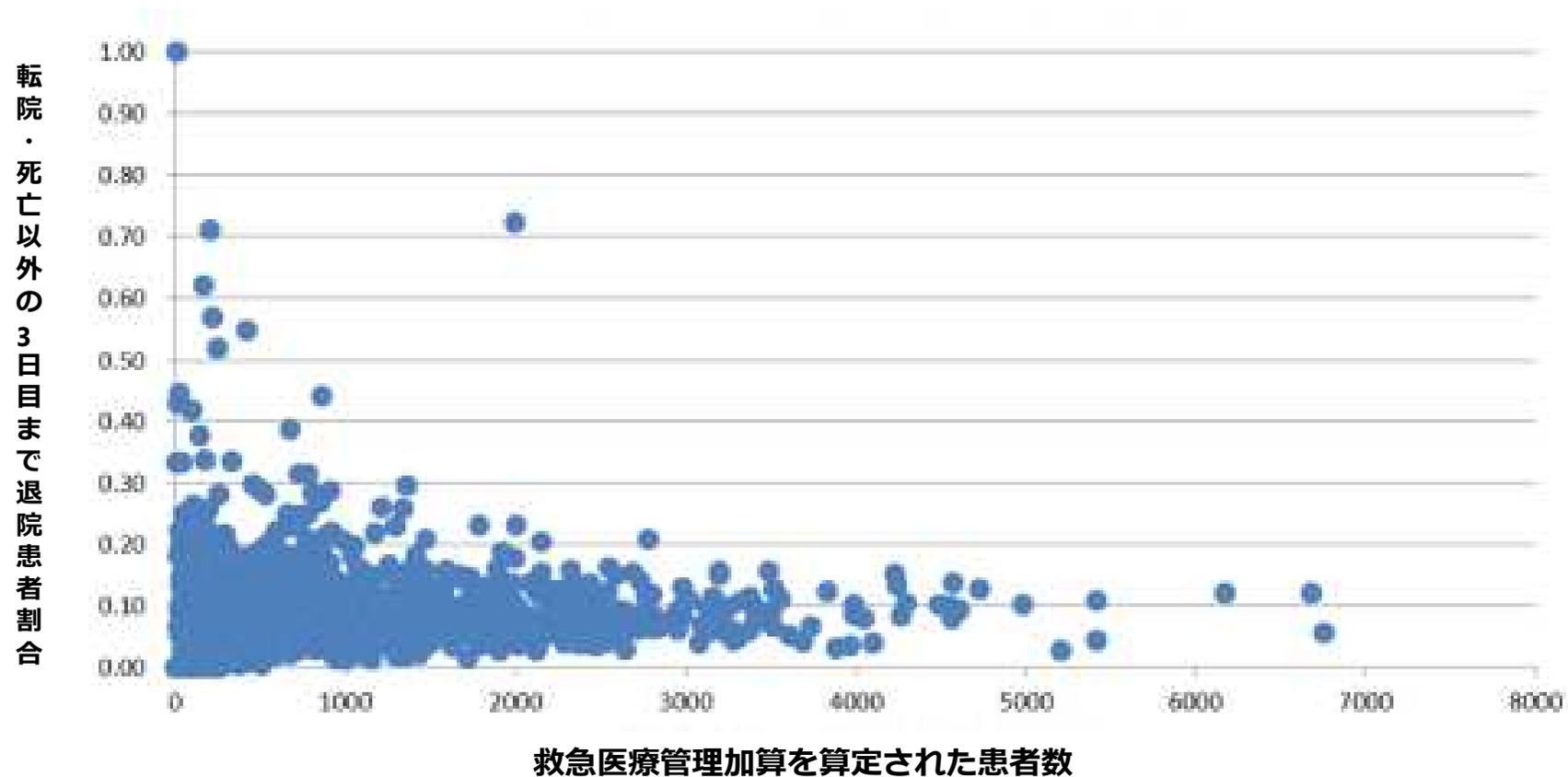
DPC病院のうち、救急医療管理加算を算定された患者数とそのうち死亡以外の転帰で3日目までに退院した患者の割合の関係 (n=1664)



救急医療管理加算算定患者の早期退院割合 (死亡・転院を除く)

○救急医療管理加算を算定された患者のうち、3日以内に退院する患者が一定数存在する。

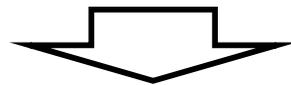
DPC病院のうち、救急医療管理加算を算定された患者数とそのうち**転院**と**死亡**以外の転帰で3日目までに退院した患者の割合の関係 (n=1664)



DPC退院患者調査の見直し(D-4)

【課題】

- ・ 療養病棟は平成26年からデータ提出加算の提出対象病棟となっているが、療養病棟を有する医療機関のうちデータを提出しているのは許可病床200床以上の約40%、許可病床200床未満の約24%であり、病床数は療養病床全体の約25%にあたる。
- ・ 慢性期の入院患者のデータ提出に関しては、慢性期の患者の特性の違いに着目した項目の追加や重複する項目の合理化、200床未満の病院でもデータ提出が可能となるような工夫等が必要ではないかとの指摘がなされているところ。
- ・ 慢性期の入院患者のデータ提出における視点について、患者特性調査、タイムスタディ調査等の調査結果を用いて検討したところ、
 - 慢性期の入院患者において、現在の状態に関係のある傷病の個数は、約8割の患者が4個以下であった。また、調査日から1ヶ月以内に最も医療資源を投入した傷病の発症後経過日数をみると、約7割の患者が181日以上であった。
 - 慢性期の患者に特徴的な症状・状態について、医療区分や主治医意見書の項目を参考に、各状態の該当の有無とケア時間との関係を見ると、概ね該当している患者が非該当の患者に比べ、ケア時間が長くなる傾向にあった。
 - 要介護度や認知症高齢者の日常生活自立度の該当区分をみると、概ね区分が上がるにつれて、ケア時間が長くなる傾向にあった。等の結果が得られた。



- 慢性期病棟の入院患者においてデータ提出を求めるべき項目として、慢性期病棟の入院患者調査等の結果の分析を踏まえた項目(慢性期の患者に特徴的な症状・状態)や、介護との連携に係る項目(要介護度、主治医意見書に含まれる症状・状態等)が想定されるが、どのように考えるか。

【課題】

- ・平成26年度診療報酬改定において、一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、21種類の手術・検査を短期滞在手術等基本料3の対象とした上で、包括範囲を全診療報酬点数とした。
- ・平成28年度診療報酬改定において、
 - － 在院日数の平均+1SDが5日以内
 - － 一定の症例数が存在
 - － 入院5日以内の包括範囲出来高実績点数のばらつきが小さい
 項目として、「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎・尿管結石破碎術」「ガンマナイフによる定位放射線治療」が短期滞在手術等基本料3の対象に追加された他、「水晶体再建術」「ヘルニア手術」「腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」について、片側・両側の別又は年齢別に評価を区分する等の見直しが行われた。
- ・平成28年4月～12月のDPCデータを用いて、短期滞在手術等基本料3の対象となっていない手術等の分析を行ったところ、
 - － 在院日数の平均+1SDが5日以内
 - － 該当症例数が100件以上
 - － 入院5日以内の包括範囲出来高実績点数のばらつきが小さい
 のいずれの条件も満たす手術等として、「副腎静脈サンプリング」、「子宮鏡下子宮内膜焼灼術」、「子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切除術」、「子宮内膜ポリープ切除術」が挙げられた。
- ・DPC/PDPSの点数設定方法のうち、D区分については、入院期間(I)を1日で固定して点数を設定しており、短期滞在手術等基本料の点数設定と類似している。



- 短期滞在手術等基本料の対象となっていない手術等のうち、在院日数が短く、算定点数のばらつきが少ない項目が存在するが、これらの取扱いについてどう考えるか。
- 短期滞在手術等基本料については、関連する他の報酬項目との整理が必要ではないか。

新たな介護保険施設（介護医療院）の創設

見直し内容

- 今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。
- 病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

<新たな介護保険施設の概要>

名称	介護医療院 ※ただし、 <u>病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。</u>
機能	要介護者に対し、 <u>「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する。</u> （介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。）
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。

※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

データ提出加算の区分別の提出データの違い

診調組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

- ・DPC対象病院については、データ提出が必須であり、全てのDPC対象病院がデータ提出加算を算定している。
- ・DPC対象病院以外のデータ提出加算を算定する病院は、Dファイルの提出が不要。
- ・DPC対象病院以外のデータ提出加算1を算定する病院は、外来EF統合ファイルの提出が不要。

データ提出加算の算定要件もしくは制度の参加要件となっている提出すべきデータの種類

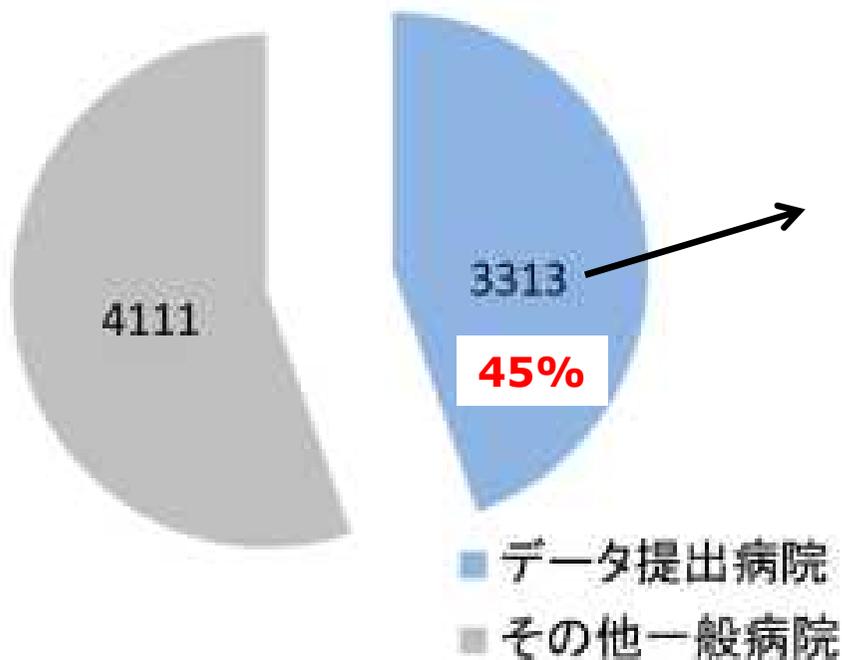
様式名	内容	データ提出 加算1 算定病院	データ提出 加算2 算定病院	DPC 対象病院
様式1	簡易診療録情報	○	○	△ (一部作成義務なし)
様式4	保険以外診療(公費、先進医療等)の実施状況に関する情報	○	○	○
Dファイル	該当DPCに係る情報	×	×	○
EF統合 ファイル	医科点数情報	○	○	○
外来EF統合 ファイル	外来の医科点数情報	×	○	○
Hファイル	重症度、医療・看護必要度に 係る情報	○	○	○
様式3	施設情報(病院毎に毎月の情 報を作成)	○	○	○

データ提出加算を算定する病院の状況①

診調組 入 - 1
2 9 . 9 . 6

- 7対1一般病棟、200床以上の10対1一般病棟及び地域包括ケア病棟では、データ提出が算定要件になっており、DPC対象病院以外の病院からデータが提出されている。
- 全ての一般病院(精神病床のみを有する病院以外の全ての病院)の約45%がデータを提出している。

一般病院のうち、データを提出する病院
(n=7,424)



病院種別、データ提出加算1・2を算定する病院数

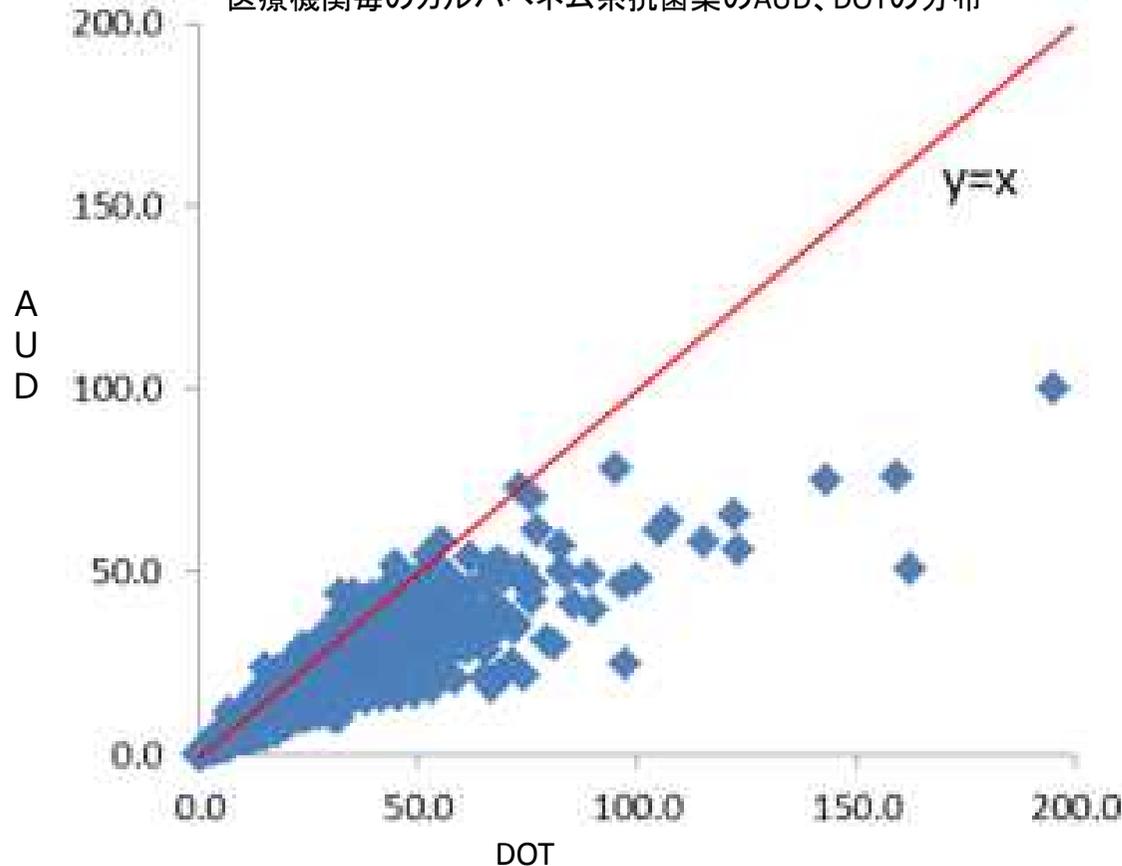
	加算1	加算2	計
DPC対象病院	19	1644	1,663
DPC準備病院	122	150	272
上記以外の病院	1,045	333	1,378
計	1,186	2,127	3313

出典:平成28年DPCデータ

特定の抗菌薬の使用について

- ・DPC対象病院における平成28年度DPCデータからカルバペネム系抗菌薬（メロペネム、イミペネム、ドリペネム、ビアペネム、パニペネム）のAUD（抗菌薬使用密度）、DOT（抗菌薬治療日数）を分析。
- ・AUDは医療機関の診療規模を補正する指標であり、DOTと併せて他施設との使用量の比較が可能となる。このような指標を医療機関毎に把握し、他施設との比較や自施設の診療内容を把握することは抗菌薬の適正使用に資する。

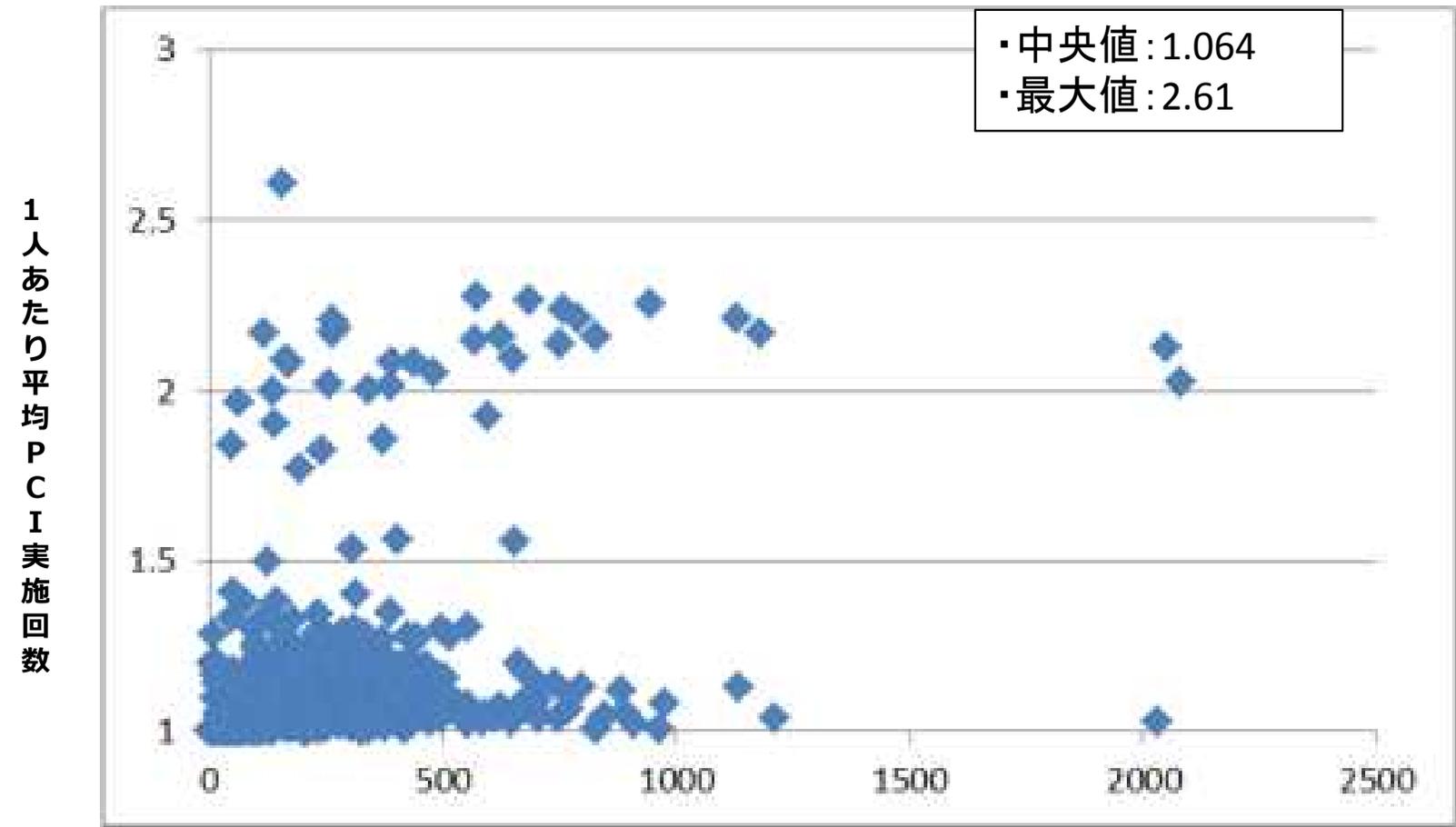
医療機関毎のカルバペネム系抗菌薬のAUD、DOTの分布



- ・AUD=H28.4～H29.3月までのカルバペネム系抗菌薬の総使用量(g) × 1000/DDD × 当該期間の総入院患者延べ入院日数
- ・DOT=H28.4～H29.3月までのカルバペネム系抗菌薬の延べ投与日数 × 1000/当該期間の総入院患者延べ入院日数
- ・DDD=抗菌薬ごとに定められた1日投与量
- ・カルバペネム系薬剤のうち、オラペネムについてはDDDが把握不能だったため集計対象外とした。
- ・腎機能の悪い患者が多い施設や小児科病院ではAUDが低くなる等、単純に数値の大小で評価出来るものではないことに留意する必要がある。

医療機関別のPCI件数と1人あたりPCI回数

- PCI件数が0の医療機関を除いた1145のDPC病院について、医療機関ごとの総PCI件数及び1人あたりPCI回数(総件数/PCIを受けた患者数)を集計。
- 年間で1人あたり平均2回以上PCIを行う医療機関が34存在する。
- 日本心血管インターベンション治療学会の2016年のPCIレジストリデータ(986施設、243,436例)によると、入院時の冠動脈病変枝数は1枝:60%、2枝:24%、3枝:12%、LMT:4%(CVIT年次報告書より引用)



出典:平成28年DPCデータ

医療機関別の乳がんに対する化学療法（FEC）症例数と入院で実施される割合

- FEC（エピルビシン塩酸塩+シクロホスファミド水和物+フルオロウラシル）施行症例数が0の医療機関を除いた743のDPC病院について、医療機関ごとの入院・外来あわせたFECの施行症例数及び入院で実施された割合を集計。
- 医療機関によってはほとんどの症例を入院で実施する医療機関、外来で実施する医療機関が存在し、医療機関毎に実施状況が異なる。

