

【Ⅲ－１（質が高く効率的な医療の実現／効率的な入院医療等の評価）－④】

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、特定機能病院は、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。

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

※ 「調整係数」は制度創設時（平成 15 年）の定義に基づく

- ② 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、2%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-1-⑤」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） |

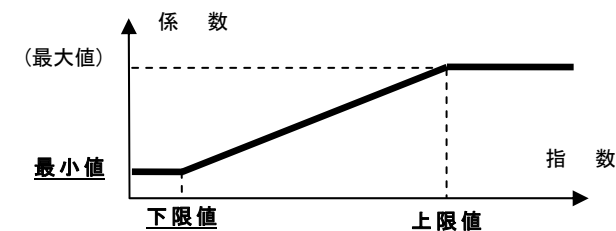
| 評価項目（各 1P） | DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群 | DPC 病院 III 群 |
|---------------------------|---|--|
| ⑤災害時における医療 | 「災害拠点病院の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価（各 0.5P） | 「災害拠点病院の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価（いずれかで 1P） |
| ⑥へき地の医療 | 「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで 1P） | |
| ⑦周産期医療 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 「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） | <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

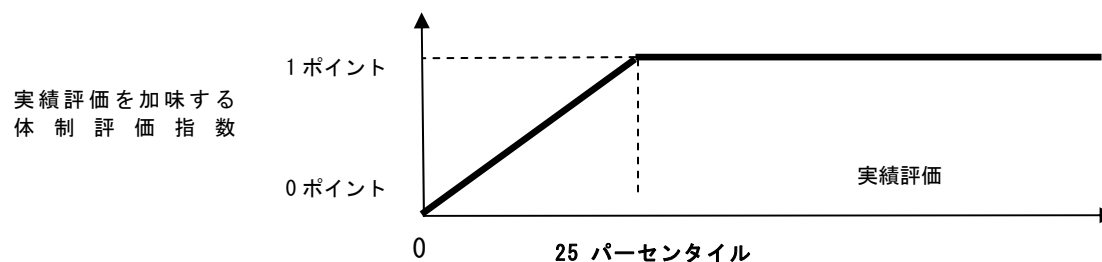
<評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値>

| | | | | |
|------------|------------------|---|--------|--|
| 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 | |



<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、D P C対象病院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 | 100点（退院時1回） |
| ロ | 200床未満の病院 | 150点（退院時1回） |

（新） データ提出加算 2

| | | |
|---|-----------|-------------|
| イ | 200床以上の病院 | 110点（退院時1回） |
| ロ | 200床未満の病院 | 160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した上で、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、当該データを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から算定可能。
- 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、当該データを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から算定可能。
- 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。