

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-9】

第1 基本的な考え方

1. 平成15年度に導入された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）は、これまで診療報酬改定の際に必要な見直しを行っており、今回の改定においても、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる。
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、今回の改定も含め2回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており、今回の改定において引き続き段階的な基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進める。
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7項目に新たに「重症度係数」を追加した8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を行う。
5. 算定ルール等については、請求の仕組みを精緻化・簡素化の観点から必要な見直しを行う。
6. DPC導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）については、検討に資する調査項目となるよう、簡素化を含めた必要な見直しを行う。

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. 各医療機関別係数の見直しに係る対応

(1) 調整係数の見直しに係る対応

- ① 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、今回の改定も含め2回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており、今回改定においては、調整部分の75%を機能評価係数Ⅱに置き換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。

〔医療機関Aの暫定調整係数〕＝

（〔医療機関Aの調整係数（※）〕

－〔医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数〕）×0.25

※「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%程度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。

(2) 基礎係数（医療機関群の設定等）に係る対応

医療機関群については、「DPC 病院Ⅰ群」～「DPC 病院Ⅲ群」の 3 群による構成を引き続き維持することとし、「DPC 病院Ⅱ群」の選定に係る実績要件について内科系技術の評価を追加するなど必要な見直しを行う（「別表 1」参照）。なお、各要件の基準値（カットオフ値）は、前年度の DPC 病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

(3) 機能評価係数Ⅰの見直し

従前の評価方法を継続し、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。ただし、各係数の重み付けに関しては標準化を行う。
- ② 現行の評価項目（7 指数）に加え、重症度指数を追加した 8 指数により評価を行う。また、保険診療指数、カバー率指数、地域医療指数、後発医薬品指数について必要な見直しを行う。

〔機能評価係数Ⅱ見直しの概要〕（詳細は「別表2」・「別表3」を参照）

| 現行 | | 平成28年改定 | 係数標準化 |
|-----------|-----------|-----------|-------|
| ① 保険診療指数 | →見直し | ① 保険診療指数 | × |
| ② 効率性指数 | 現行通り | ② 効率性指数 | ○ |
| ③ 複雑性指数 | 現行通り | ③ 複雑性指数 | ○ |
| ④ カバー率指数 | →見直し | ④ カバー率指数 | × |
| ⑤ 救急医療指数 | 現行通り | ⑤ 救急医療指数 | × |
| ⑥ 地域医療指数 | →見直し | ⑥ 地域医療指数 | × |
| ⑦ 後発医薬品指数 | →見直し | ⑦ 後発医薬品指数 | ○ |
| | 新設 | ⑧ 重症度指数 | × |

①保険診療指数

本院よりも機能が高い分院（DPC 対象病院）を持つ大学病院本院、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群病院に関する評価項目を追加する。また、病院情報の公表に対する取り組みを評価する。

②効率性指数、③複雑性指数、⑤救急医療指数

現行の評価方法を継続する。

④カバー率指数

専門病院・専門診療機能に一定の配慮を残した上で、機能がより反映されるように評価方法を変更する。

⑥地域医療指数

地域がん登録に関する評価を廃止し、高度・先進的な医療の提供体制に対する評価項目を追加する。

⑦後発医薬品指数

評価上限の見直しを行う。

⑧重症度指数

診断群分類では十分評価されない重症度の高い患者の入院を評価する。

- 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（「別表4」参照）。

3. 算定ルール等の見直し

- (1) 第Ⅲ日（包括算定の終了日）を入院日から30の整数倍とし、入院期間Ⅲの点数の調整を行う。
- (2) DPC対象病棟に入院中は、DPC制度に基づく算定または医科点数表に基づく算定のいずれかに、一入院で統一する。
- (3) 再入院の契機となった病名に「分類不能コード」を用いた場合には、同一病名での入院による一連の入院として取り扱う。
- (4) 診断群分類点数表の一部にCCPマトリックスを導入する。
- (5) 適切なコーディングを行うための体制の強化を図る為に、コーディング委員会の開催回数の要件を年2回から4回へ引き上げる等の必要な対策を講じる。

4. 退院患者調査の見直し

調査項目の見直し行う等、必要な措置を講ずる。

平成 28 年度診療報酬改定におけるⅡ群の選定に係る実績要件

下記の【実績要件 1】～【実績要件 4】のそれぞれについて、Ⅰ群（大学病院本院）の最低値（但し、外れ値を除く）より高い医療機関をⅡ群とする。

【実績要件 1】：診療密度

診療密度 = [1 日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正；外的要因補正）]

- 当該医療機関において症例数が一定以上の（1 症例/月；極端な個別事例を除外するため）診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全 DPC 対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の 1 日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件 2】：医師研修の実施

医師研修の実施 = [届出病床 1 床あたりの臨床研修医師の採用数（基幹型臨床研修病院における免許取得後 2 年目まで）]

- 各医療機関が厚生労働省に報告している初期臨床研修医の採用数と、医療法上の許可病床総数により算出する。
- 特定機能病院は当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

【実績要件 3】：高度な医療技術の実施

高度な医療技術の実施 = [次の 6 つ（3a～3C）がそれぞれ一定の基準を満たす]

外科系（外保連試案 8.3 版）

- (3a)：手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）
- (3b)：DPC 算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）
- (3c)：手術実施症例件数

内科系（特定内科診療（2014 年度版））

- (3A)：症例割合
- (3B)：DPC 算定病床当たりの症例件数
- (3C)：対象症例件数

「(3a)：手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関における DPC 算定病床の全患者総計の外保連手術指数（※）を「(3c)：手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b)：DPC 算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関における DPC 算定病床の全患者総計の外保連手術指数を DPC 算定病床数で除して算出する。

「(3c)：手術実施症例件数」については、外保連試案（第 8.3 版）において技術難易度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものも集計対象とする。

「(3A)：症例割合」は特定内科診療の対象症例数を DPC 算定病床の全患者総計で除して算出する。

「(3B)：DPC 算定病床当たりの症例件数」は特定内科診療の対象症例数を DPC 算定病床数で除して算出する。

(※) 外保連手術指数の算出方法

- 外保連手術指数の集計においては、様式 1 に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価外保連手術指数は、外保連試案（第 8.3 版）に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値（下表参照。難易度 B、外科医師数 0 人を 1 としてそれぞれ相対化）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

【例】難易度 D、外科医師数 3、手術時間数 3 の手術は $7.01 \times 3 = 21.03$

| 外科医師数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| B | 1.00 | 1.27 | 1.54 | 1.81 | | | |
| C | 2.25 | 3.25 | 3.52 | 3.79 | 4.06 | | |
| D | 3.76 | 6.01 | 7.01 | 7.28 | 7.55 | 7.82 | |
| E | 5.64 | 9.41 | 11.66 | 12.66 | 12.93 | 13.20 | 13.46 |

難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- 外保連試案と結びつけられなかった K コード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- 1 つの K コードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を 1 つに絞り混んで対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。

特定内科診療 25 疾患

| 疾患 No. | 疾患名 | 対象 DPC コードと条件 | ポイント |
|--------|---------------------|---------------------------------|----------|
| 1 | 重症脳卒中 (JCS30 以上) | 010040x199x\$\$x (入院時 JCS30 以上) | 出血と梗塞 |
| | | 010060x199x\$\$x (入院時 JCS30 以上) | JCS30 以上 |

| | | | |
|----|-------------------|--|----------------------------|
| 2 | 髄膜炎・脳炎 | 010080xx99x\$\$x(入院時 JCS100 以上、もしくは処置 2 ありのうち人工呼吸あり) 150050 (該当 DPC6 桁全て) (入院時 JCS10 以上、もしくは人工呼吸あり) | 処置 2 (人工呼吸) |
| 3 | 重症筋無力症 クリーゼ | 010130xx99x\$xx (処置 2 あり/なし) (ICD G700 のみ) | 診断名 (ICD10) で判断 |
| 4 | てんかん重積状態 | 010230xx99x\$\$x (処置 2・副傷病あり/なし) (ICD G41\$のみ) | 診断名 (ICD10) で判断 |
| 5 | 気管支喘息重症発作 | 040100xxxxx\$\$x (処置 2 あり) (J045 人工呼吸) (ICD J46\$, J45\$のみ) | 処置 2 (人工呼吸) |
| 6 | 間質性肺炎 | 040110xxxxx1xx (処置 2 あり) (ICD 絞りなし) 040110xxxxx2xx (処置 2 あり) (ICD 絞りなし) のうち J045 人工呼吸あり | 処置 2 (人工呼吸あり) |
| 7 | COPD 急性増悪 | 040120xx99\$1xx (処置 2 あり) | 処置 2 (人工呼吸) |
| 8 | 急性呼吸窮<促>迫症候群、ARDS | 040250xx99x\$xx (処置 2 あり) (J045 人工呼吸あれば可 PGI2 のみは除く) | 処置 2 (人工呼吸あり) |
| 9 | 急性心筋梗塞 | 050030xx975\$\$x (処置 1 5 あり) (ICD I21\$のみ) | Kコードあり |
| 10 | 急性心不全 | 050130xx99\$\$\$\$x (処置 2 あり SPECT・シンチ・中心静脈注射のみ除く) 050130xx975\$xx (処置 1 5 あり) | 人工呼吸 or 緊急透析 Kコードあり |
| 11 | 解離性大動脈瘤 | 050161xx99\$\$\$\$x (処置 2 あり中心静脈注射のみ除く) | 処置 2 (人工呼吸・緊急透析) |
| 12 | 肺塞栓症 | 050190xx975xxx (処置 1 5 あり) 050190xx99x\$xx (処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD I822 を除く) | 処置 2 (人工呼吸・緊急透析) Kコードあり |
| 13 | 劇症肝炎 | 060270xx\$\$x\$xx (手術あり/なし、処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD 絞りなし) | 処置 2 (人工呼吸、PMX 等) |
| 14 | 重症急性膵炎 | 060350xx\$\$\$1x\$ (手術あり/なし、処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD K85 のみ) | 処置 2 (人工呼吸、CHDF 等) |

| | | | |
|----|--------------|--|----------------------|
| 16 | 糖尿病性ケトアシドーシス | 100040 (DPC6 桁全て) | 診断名あればすべて |
| 17 | 甲状腺クリーゼ | 100140xx99x\$\$x (処置 2 あり/なし) (ICD E055 のみ) | 診断名、手術なし |
| 18 | 副腎クリーゼ | 100202xxxxxxxx (処置 2 あり/なし) (ICD E272 のみ) | 診断名あればすべて |
| 19 | 難治性ネフローゼ症候群 | 110260xx99x\$xx (処置 2 あり/なし) (腎生検 D412 必須) | 診断名と腎生検 |
| 21 | 急速進行性糸球体腎炎 | 110270xx99x\$xx (処置 2 あり/なし) (腎生検 D412 必須) | 診断名と腎生検 |
| 22 | 急性白血病 | 130010xx99x\$xx (化学療法あり) 130010xx97x\$xx (化学療法あり) (ICD C910、C920、C950 のみ) | 化学療法、実症例数 |
| 23 | 悪性リンパ腫 | 130020xx\$\$x3xx 130030xx99x\$\$x (化学療法あり) 130030xx97x\$\$x (化学療法あり) (ICD 絞りなし) | 化学療法、実症例数 |
| 24 | 再生不良性貧血 | 130080 (DPC6 桁全て) (ICD 絞りなし) | 実症例数 |
| 26 | 頸椎頸髄損傷 | 160870 (DPC6 桁全て) (ICD 絞りなし) (リハビリ実施必須) | リハビリ |
| 27 | 薬物中毒 | 161070 (DPC6 桁全て) (処置 2 あり中心静脈注射のみ除外) (ICD 絞りなし) | 処置 2 (人工呼吸・PMX 等) あり |
| 28 | 敗血症性ショック | 180010x\$xxx3xx (処置 2 3 あり) (ICD 絞りなし) | 処置 2 3 (PMX・CHDF) あり |

※各特定内科診療に指定した診断群分類は DPC 対象外コードを含む

【実績要件 4】：重症患者に対する診療の実施

重症患者に対する診療の実施＝ [複雑性指数 (重症 DPC 補正後)]

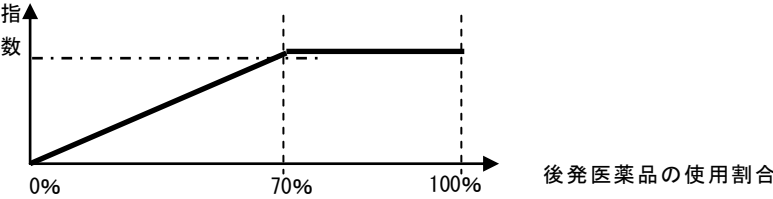
- 全 DPC 参加病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つ DPC で、かつ、1 日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高い DPC を抽出。これらの DPC について複雑性指数を算出する。

＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成28年度）＞（太字は平成28年改定における修正内容）

評価対象データは※平成26年10月1日～平成27年9月30日（12ヶ月間）のデータ

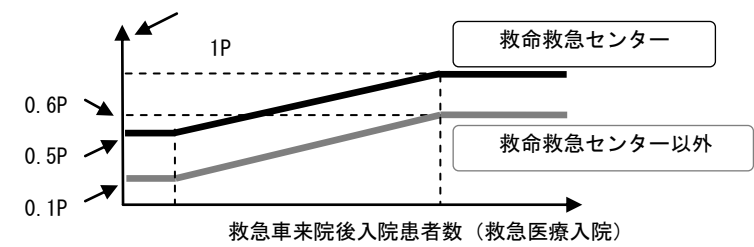
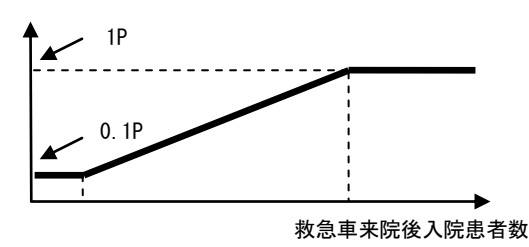
| ＜項目＞ | 評価の考え方 | 評価指標（指数） |
|-----------|--|--|
| 1) 保険診療指数 | DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組・公表を評価。また、 医療機関群（Ⅰ群・Ⅱ群）における総合的な機能を評価。 | <p>原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。</p> <p>① 適切なDPCデータの提出（「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価） 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。</p> <p>② 適切なDPCデータの提出（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い分院（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> |

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|------------|-----------|-------------------------------|-----|
| | | 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（平成 29 年度以降の評価導入を検討）。 | | | | | |
| 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 | [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] ※ 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。 | | | | | |
| 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 | [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] ※ 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。 | | | | | |
| 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 | [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] ※ 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。 ※ 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。 | | | | | |
| 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 [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] 【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 「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 <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」 【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】 「救急医療入院」の患者 | | | | | |
| 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 | 以下の指数で構成する。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">地域医療指数（内訳）</td> <td style="text-align: center;">評価に占めるシェア</td> </tr> <tr> <td>① 体制評価指数 計 12 項目（各 1 ポイント）</td> <td style="text-align: center;">1/2</td> </tr> </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） | 1/2 |
| 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） | 1/2 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------------------------------|--|--------------------|--|--|------------------|--|--|----------|----|-------------|-----|----|---------------|-----|
| | て評価) | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="3">I・II群は評価上限 10 ポイント</td> </tr> <tr> <td colspan="3">III群は評価上限 8 ポイント</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">② 定量評価指数</td> <td>1)</td> <td>小児 (15 歳未満)</td> <td>1/4</td> </tr> <tr> <td>2)</td> <td>上記以外 (15 歳以上)</td> <td>1/4</td> </tr> </table> <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。</p> <p>【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。</p> <p>【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> | 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 | | | ② 定量評価指数 | 1) | 小児 (15 歳未満) | 1/4 | 2) | 上記以外 (15 歳以上) | 1/4 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② 定量評価指数 | 1) | 小児 (15 歳未満) | 1/4 | | | | | | | | | | | | |
| | 2) | 上記以外 (15 歳以上) | 1/4 | | | | | | | | | | | | |
| 7) 後発医薬品指数 | 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>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 | 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>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> | | | | | | | | | | | | | |

＜地域医療指数・体制評価指数別表 2＞（太字は平成 28 年改定における修正内容）

地域医療計画等における一定の役割を 12 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 I・II 群は 10 ポイント、III 群は 8 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って評価。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（同一患者の複数回受診は除いて計算）〕で評価（実績に応じて 0～1P）（平成 29 年度以降は評価を廃止予定。） | |
| 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 | 「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関（※）の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価（0.5P ずつ） <u>（※）平成 29 年度以降に導入を検討する</u> | 「災害拠点病院又は新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関（※）の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価（いずれかで 1P） <u>（※）平成 29 年度以降に導入を検討する</u> |
| 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 | ・ 「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がん拠点病院 | ・ 「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） |
| ⑨24 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） | |
| ⑩EMIS（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） | |
| ⑪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） | |
| ⑫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） | |
| ⑬高度・先進的な医療の提供 | <u>各項目の実施症例数を評価（平成 29 年度より評価）。</u> ・ <u>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）</u> ・ <u>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）</u> <u>（※）協力施設としての治験の実施を含む。</u> | |

【補足】体制に係る指定要件については、平成 27 年 9 月 30 日までに指定を受けていること（平成 27 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

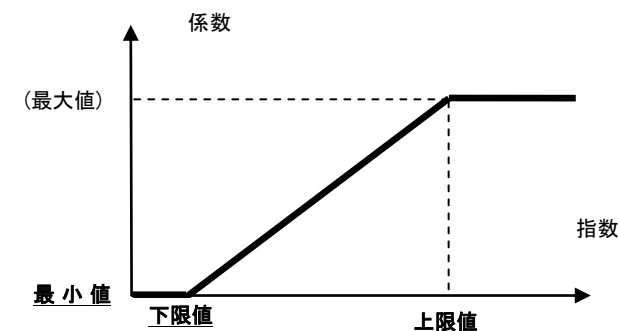
＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞（太字は平成 28 年改定における修正内容）

| 具体的な設定 | 指数 | | 係数 最小値 | 評価の考え方 | 標準化 (※4) |
|-----------|------------------|------------|-----------|---------|-------------|
| | 上限値 | 下限値 | | | |
| 保険診療 | (固定の係数値のため設定なし。) | | | 群ごとに評価 | × |
| 効率性 | 97.5%tile 値 | 2.5%tile 値 | 0 | 全群共通で評価 | ○ |
| 複雑性 | 97.5%tile 値 | 2.5%tile 値 | 0 | 群ごとに評価 | ○ |
| カバー率 | 1.0 | 0 (※1) | 0 | 群ごとに評価 | × |
| 救急医療 | 97.5%tile 値 | 0 (※2) | 0 | 全群共通で評価 | × |
| 地域医療 (定量) | 1.0 | 0 | 0 | 群ごとに評価 | × |
| (体制) | 1.0 | 0 | 0 | | |
| 後発医薬品 | 97.5%tile 値(※3) | 2.5%tile 値 | 0 | 全群共通で評価 | ○ |
| 重症度 | 90%tile 値 | 10%tile 値 | 0 | 群ごとに評価 | × |

※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では下限値を 30%tile 値とする

※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する ※3 上限値は 70%とする。

※4 分散が均等となるように標準化を行う。



＜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、②がん地域連携、③地域がん登録、④救急医療、⑪急性心筋梗塞の 5 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))。

