

機能評価係数 I の見直し

「入院基本料等加算」と「機能評価係数 I」の関係



機能評価係数 I として評価

①医療機関の 評価	病院の体制の評価	A200 総合入院体制加算 A204 地域医療支援病院入院診療加算 A204-2 臨床研修病院入院診療加算 A207 診療録管理体制加算 A207-2 医師事務作業補助体制加算 A234 医療安全対策加算 A234-2 感染防止対策加算 A244 病棟薬剤業務実施加算 A245 データ提出加算	A230 精神病棟入院時医学管理加算 A230-2 精神科地域移行実施加算 A243 後発医薬品使用体制加算
	看護配置の評価	A207-3 急性期看護補助体制加算 A207-4 看護職員夜間配置加算 A214 看護補助加算	A213 看護配置加算
	地域特性の評価	A218 地域加算 A218-2 離島加算	
	特殊病室の評価	A224 無菌治療室管理加算 A225 放射線治療病室管理加算	A229 精神科隔離室管理加算
	療養環境の評価	A219 療養環境加算 A220 HIV感染者療養環境特別加算 A220-2 二類感染症患者療養環境特別加算 A221 重症者等療養環境特別加算 A221-2 小児療養環境特別加算	A222 療養病棟療養環境加算 A222-2 療養病棟療養環境改善加算 A223 診療所療養病床療養環境加算 A223-2 診療所療養病床療養環境改善加算

機能評価係数Ⅱ

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ(医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ)を評価したものであり、具体的には7つの係数として評価している。
- 機能評価係数Ⅱのうち、保険診療係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数については、各医療機関群毎に評価設定されている。

名称	評価の考え方
1) 保険診療係数	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・取組を評価
2) 効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
3) 複雑性係数	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
4) カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価
5) 救急医療係数	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
6) 地域医療係数	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)
7) 後発医薬品係数	入院医療における後発医薬品の使用を評価。

機能評価係数Ⅱにおける指数・係数の考え方

各医療機関ごとに「指数」を算出し、変換処理を行って「係数」を算出する。

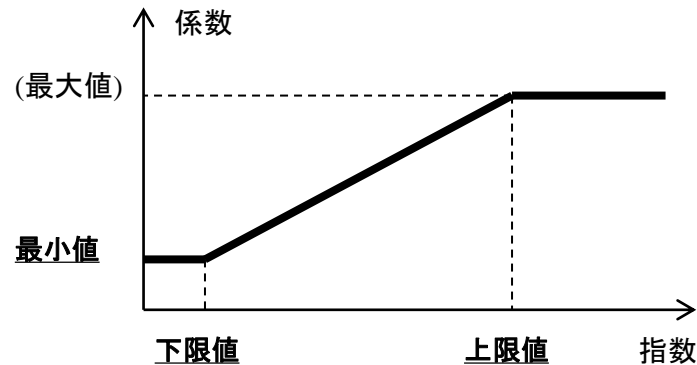
「〇〇指数」

各指標に応じた、各医療機関のDPC制度参加病院における相対評価を決める数値

変換
処理

「〇〇係数」

包括範囲の報酬を直接規定する数値



DPC／PDPSにおける調査について

DPC／PDPSに係る調査は、以下に分類される。

「退院患者調査」

当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査。

「特別調査」

中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査。

退院患者調査について

- ・当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査。
- ・当該調査結果(いわゆる「**DPCデータ**」)に基づき、「診断群分類点数表」の設定、「医療機関別係数」の設定等が行われる。

様式名	内容	説明
様式1	簡易診療録情報	カルテのサマリーのような情報。
様式3	施設情報(月1回提出)	届出されている入院基本料等に関する情報。
様式4 (※)	医科保険診療以外の診療情報	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	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報	DPCレセプトの情報。
EF統合ファイル	医科点数表に基づく出来高点数情報	出来高レセプトの情報。
外来EF統合ファイル	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高点数情報	外来の出来高レセプトの情報。

(※ 平成27年度以降、様式4は様式1に統合される予定。)

DPC制度における定例報告(年1回)

1. 概要

- 機能評価係数Ⅱ等の医療機関別係数については、都道府県が行う事業への参加状況等を評価に反映しているが、都道府県・厚生局等への確認業務の円滑化を図る観点から、DPC対象病院及びDPC準備病院からの年1回の厚生局への別途様式による届出(「定例報告」)に基づき、**10月1日時点での参加状況等を確認した上で、翌年度の評価に反映**している。

2. 報告内容(案)

(1) 施設基準の届出状況

(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(DPC算定病床数)等

Ⅱ 平成26年度診療報酬改定 について(DPC制度)

1. 基本方針（改定全体の方針を踏まえた対応）
2. 「医療機関別係数」の見直し
3. 「診断群分類点数表」の見直し
4. 「算定ルール等」の見直し
5. 「退院患者調査」の見直し
6. その他

Ⅱ 平成26年度診療報酬改定 について(DPC制度)

1. 基本方針（改定全体の方針を踏まえた対応）
2. 「医療機関別係数」の見直し
3. 「診断群分類点数表」の見直し
4. 「算定ルール等」の見直し
5. 「退院患者調査」の見直し
6. その他

平成26年度診療報酬改定における DPC制度に係る改定の基本的な方針

平成26年2月12日
中医協総会 総-1

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3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。

平成26年度診療報酬改定における DPC制度に係る改定の基本的な方針

平成26年2月12日
中医協総会 総-1

4. 機能評価係数Ⅱについては、現行の6項目に新たに「後発医薬品係数」を追加した7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、同一疾患で再入院した際の取扱い、入院時の持参薬の取扱いについて、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、全DPC対象病院において外来診療に係るデータの提出を必須化する等、必要な見直しを行う。

短期滞在手術等入院料3に係る対応

出来高報酬体系における「短期滞在手術等入院料3」の対象となる手術・処置等が従来の「小児ヘルニア手術」以外で**多数追加**されたことを踏まえ、DPC/PDPSにおいて下記の対応を行う。

① 「厚生労働大臣が定める包括対象外の患者（5号告示）」における対応

⇒ 当該告示において、短期滞在手術等入院料3の算定対象となる患者を包括対象外として定める。

② 「診断群分類点数表」における対応

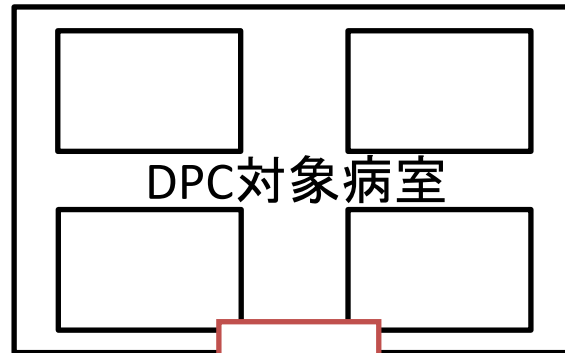
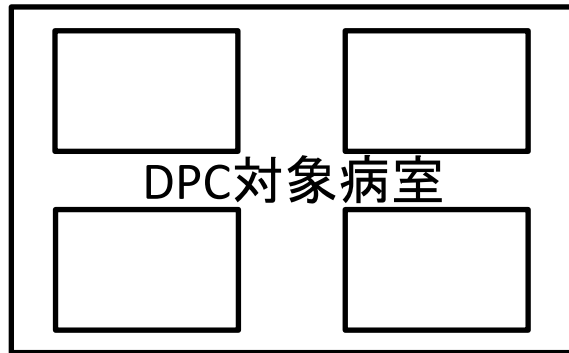
⇒ 当該診断群分類において、ほとんどの症例で「短期滞在手術等入院料3」によって算定されると考えられる診断群分類は、包括対象外とする。

K008	腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術
K093-2	関節鏡下手根管開放手術
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
K282	水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合口その他のもの
K282	水晶体再建術 2眼内レンズを挿入しない場合
K474	乳腺腫瘍摘出術 1 長径5cm未満
K617	下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
K617	下肢静脈瘤手術 2 硬化療法
K617	下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
K633	ヘルニア手術 5 兎径ヘルニア(15歳未満)
K633	ヘルニア手術 5 兎径ヘルニア(15歳以上)
K634	腹腔鏡下兎径ヘルニア手術
K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2cm未満
K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2cm以上
K743	痔核手術 2 硬化療法(四段階注射法)
K867	子宮頸部(腔部)切除術
K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術
D237	終夜睡眠ポリグラフィー1 携常用装置を使用した場合
D237	終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合
D237	終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合
D291-2	小児アレルギー負荷検査
D413	前立腺針生検法

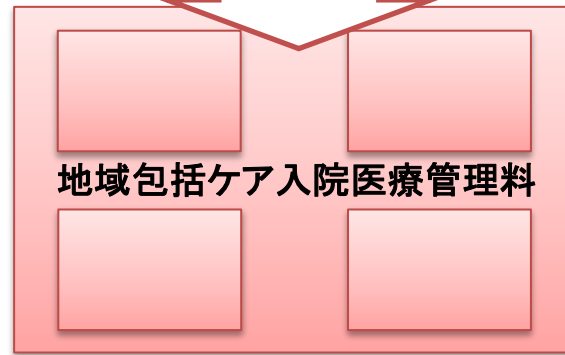
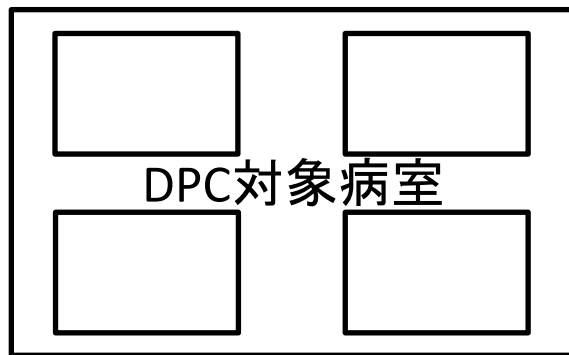
地域包括ケア入院医療管理料にかかる算定ルール

A308-3 地域包括ケア入院医療管理料1・2を算定する病室に転室する場合に適用される。

一般病棟



転室



直前にDPC算定病床から転床した場合は、特定入院期間中はDPC算定を継続する。

※ なお、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟する場合には当該規定は適用されない。

平成26年度診療報酬改定における DPC制度に係る改定の基本的な方針①

第2 具体的な内容

平成26年2月12日
中医協総会 総-1

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（消費税増税に係る対応分を除いたもの）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。
- (3) また、消費税増税に係る対応として、入院料、薬価等の出来高報酬体系における消費税増税に係る対応を踏まえ、各項目の引き上げ分に相当する引き上げ額を**前年度の包括範囲出来高実績に基づいて算出**し、医療機関別係数の計算および診断群分類点数表の設定において反映させる。

入院基本料等の見直し等の反映

(イメージ)

包括範囲

- 入院基本料
- 検査
- 画像診断
- 投薬
- 注射
- 1000点未満の処置 等

改定前の
出来高点数
による実績値

機能評価係数 I
(対応する点数の改定を反映)

換算

DPC毎の
1日当たり点数

×

在院日数

×

医療機関別係数

機能評価係数 I

+

機能評価係数 II

暫定調整係数

基礎係数

入院基本料の改定及び消費税対応分
を反映

改定率(消費税増税分を除いたもの)
及び消費税対応分による報酬水準の
補正(改定の反映)

DPC／PDPSにおける消費税増税への対応

- 消費税増税に係る対応として、入院料、薬価等の出来高報酬体系における消費税増税に係る対応を踏まえ、各項目の引き上げ分に相当する引き上げ額を前年度の包括範囲出来高実績に基づいて算出し、医療機関別係数の計算および診断群分類点数表の設定において反映させる。

【入院基本料等の引き上げにかかる対応分】

消費税増税に係る対応によって医科点数表に上乗せされる点数分に応じて算出する。

【薬剤・材料費にかかる対応分】

薬剤費については、

〔「包括範囲出来高実績による薬剤費」 × (1 - 平均乖離率) × 3/105〕

によって算出する。

材料費(特定保険医療材料分)についても同様に算出する。

診断群分類A

入院料	その他	薬剤費	材料費
-----	-----	-----	-----

診断群分類B

入院料	その他	薬剤費	材料費
-----	-----	-----	-----

診断群分類C

入院料	その他	薬剤費	材料費
-----	-----	-----	-----

「薬剤費＋材料費」の内訳をDPCデータにより算出
⇒ 診断群分類ごとに消費税上乗せ分を設定

Ⅱ 平成26年度診療報酬改定 について(DPC制度)

1. 基本方針（改定全体の方針を踏まえた対応）
2. 「医療機関別係数」の見直し
3. 「診断群分類点数表」の見直し
4. 「算定ルール等」の見直し
5. 「退院患者調査」の見直し
6. その他

調整係数の見直しに係る対応と経過措置

調整係数見直しに係る経過措置

平成26年2月12日
中医協総会 総-1

(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3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50%を機能評価係数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。**

〔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〕〕×0.5

※「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。

「調整係数」から「基礎係数」+「機能評価係数Ⅱ」への移行

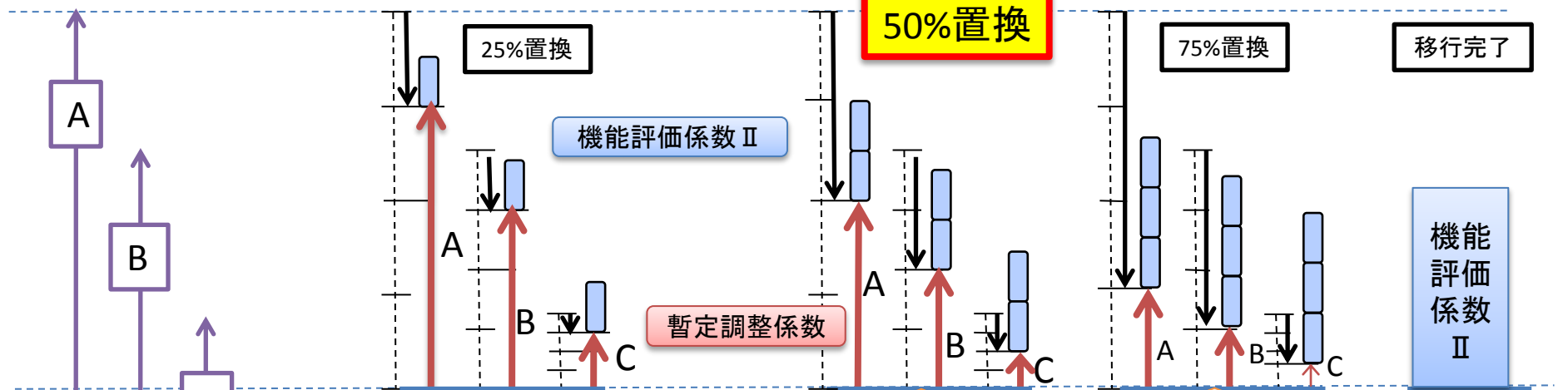
調整係数

H24改定

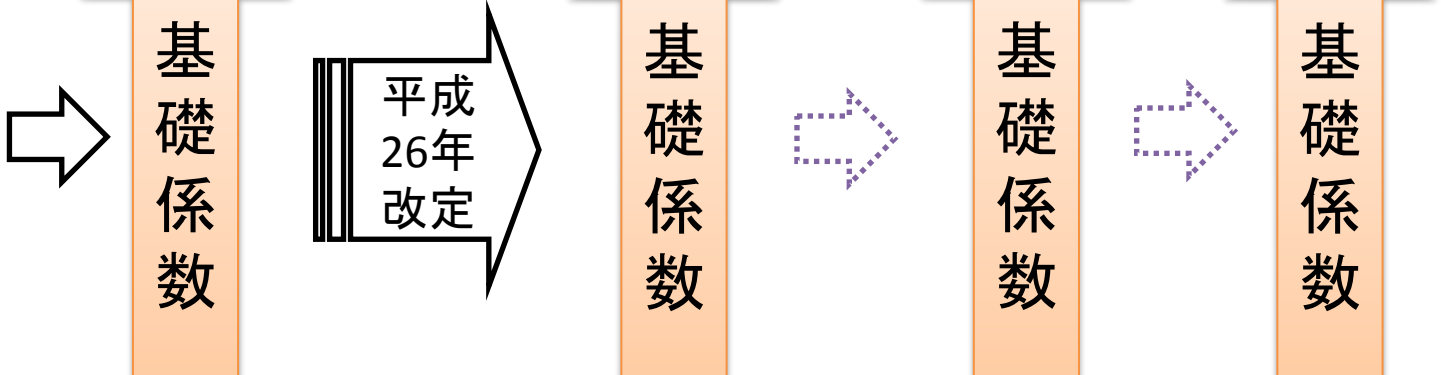
H26改定

H28(想定)

H30(想定)



DPC制度の円滑導入のために設定された「調整係数」については、段階的な廃止に向けて、今回の改定においては調整部分の機能評価係数Ⅱへ置き換え率を50%とする。



調整係数から段階的に、基礎係数+機能評価係数Ⅱに近づく

A 病院
B 病院
C 病院

A 病院
B 病院
C 病院

A 病院
B 病院
C 病院

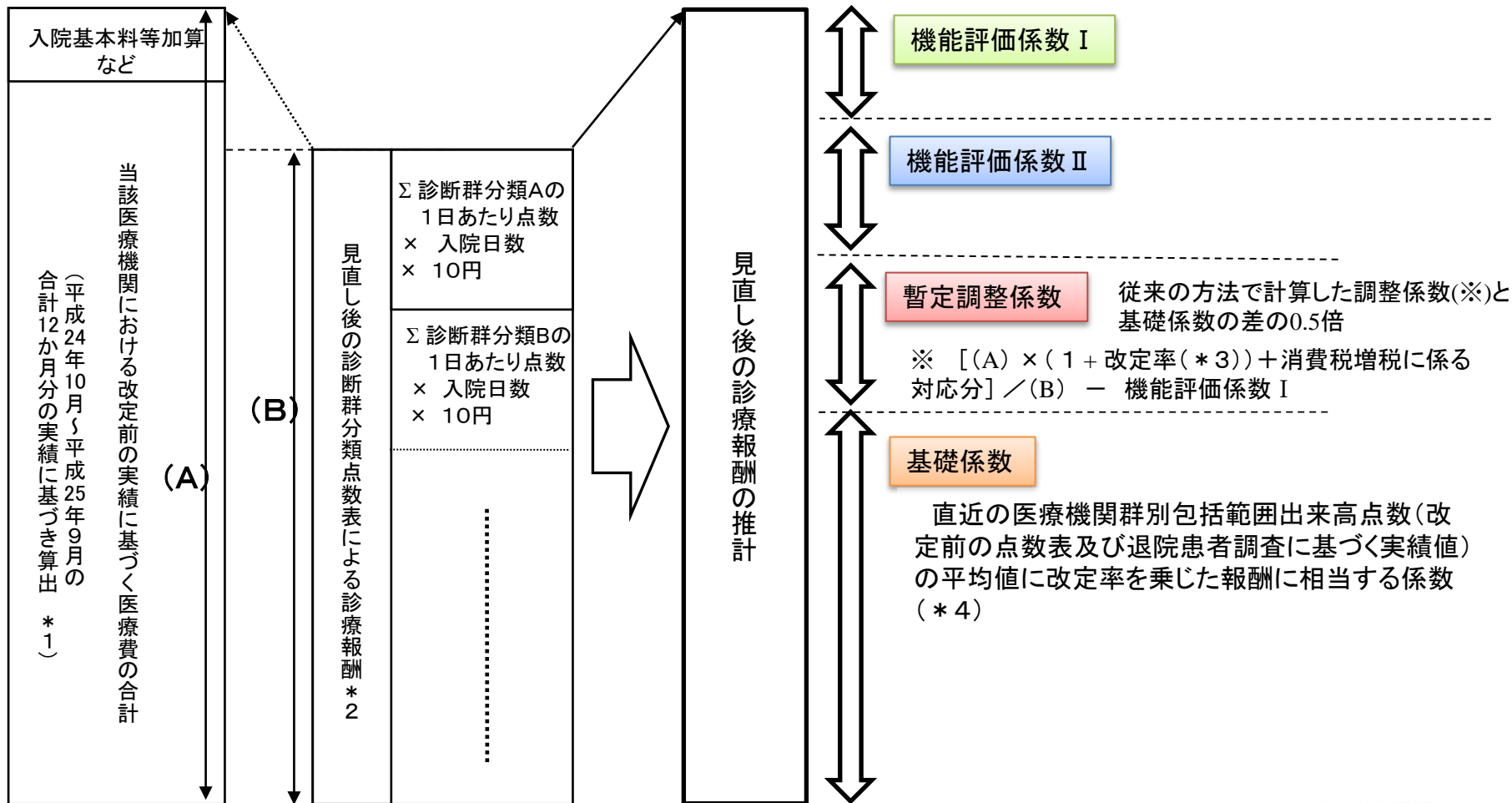
A 病院
B 病院
C 病院

A~C 病院

※ 同程度の機能評価係数Ⅱの評価となるA病院~C病院を想定したイメージ

医療機関別係数の設定方法等(平成26年改定)

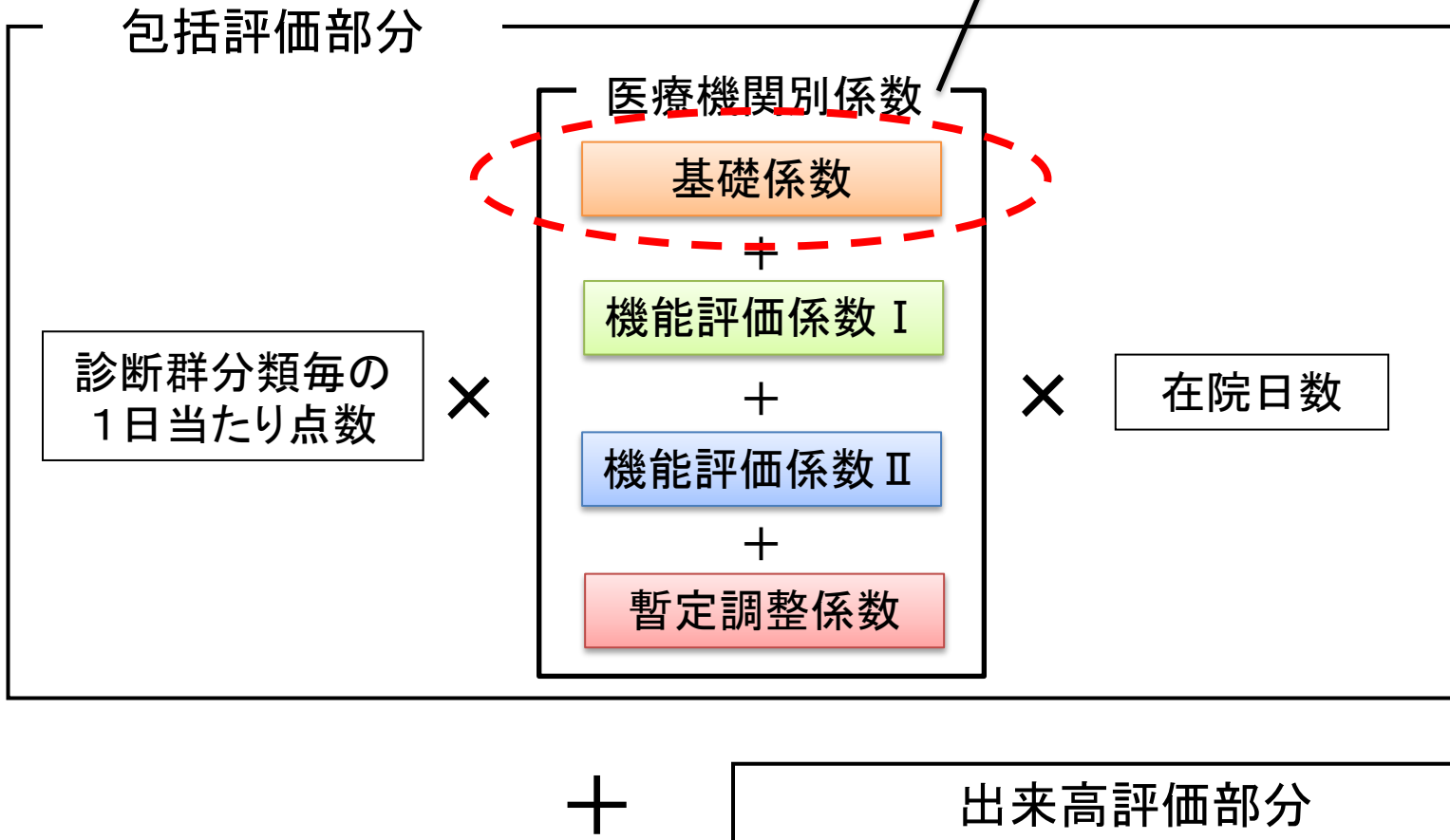
$$\text{医療機関別係数} = \text{「機能評価係数 I」} + \text{「機能評価係数 II」} + \text{「暫定調整係数」} + \text{「基礎係数」}$$



- *1 改定前の実績に基づく医療費の合計には、平成26年度診療報酬改定における入院基本料や包括範囲の見直し等を反映している。
- *2 見直し後の診断群分類による診療報酬については、当該医療機関における平成24年10月から平成25年9月の入院実績に基づき算出している。
- *3 消費税増税にかかる対応分を除いている。
- *4 消費税増税にかかる対応分を加味して算出している。

DPC制度における「基礎係数」

各医療機関の医療機関別係数は、4つの係数を合算したものである

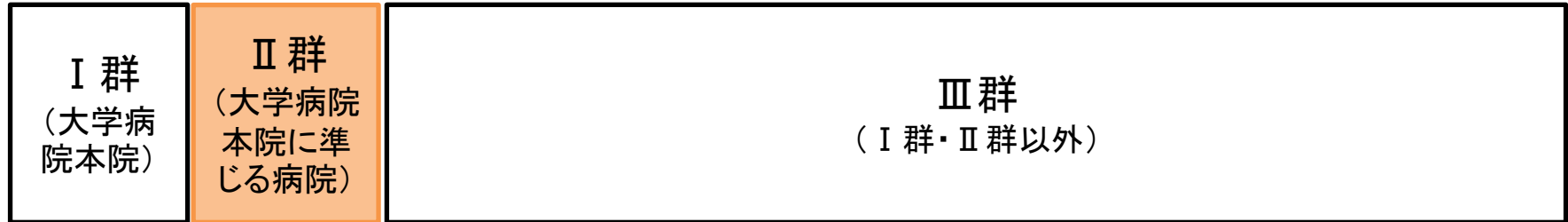


基礎係数(医療機関群Ⅰ群～Ⅲ群)

平成26年2月12日
中医協総会 総1

(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必要な見直しを行う。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。



※ 病院数・病床数は現在集計中

Ⅱ群病院の選定にかかる実績要件(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)
・以下の4つの実績要件について、「Ⅰ群の最低値(外れ値を除く)」をすべて満たす病院をⅡ群とする。

	見直しの概要
【実績要件1】 診療密度	変更なし
【実績要件2】 医師研修の実施	基幹型臨床研修病院の採用実績によって算出する。
【実績要件3】 高度な医療技術の実施	外保連試案(第8.2版)を用いて算出する。 複数手術が実施された場合は、最も難度が高い手術で算出する。
【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施	変更なし

基礎係数の具体的な算出方法

[各病院群の基礎係数(平成26年度)]
= {[各病院群の包括範囲出来高点数^{*1}の平均値^{*2}] × [改定率^{*3}]
+ [消費税増税にかかる対応分]} / [各病院群のDPC点数表^{*4}に基づく
包括点数^{*5}の平均値^{*2}]

*1 改定前の出来高点数表に基づく実績値(退院患者調査)。但し、改定での入院基本料や包括範囲の見直しは補正して反映。

*2 当該病院群の全病院・全包括対象患者(改定後)の1入院あたりの平均値。

*3 平成26年度改定では(1-0.0126)となる。

*4 DPC点数表は例外的な症例(アウトライヤー)を除外して集計・点数設定される。更に基礎係数には改定率も反映されるため、基礎係数の全病院群・加重平均値は1.0を上回る。

*5 医療機関別係数を乗じる前のDPC点数表に基づく1入院あたりの包括点数。

医療機関群	施設数	基礎係数
DPC病院Ⅰ群(大学病院本院)		※ 集計中
DPC病院Ⅱ群		
DPC病院Ⅲ群		
合計		

基礎係数（Ⅱ群の選定に係る実績要件）

【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、地方厚生（支）局へ届け出ている届出病床総数（許可病床数）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3つ（3a～3c）がそれぞれ一定の基準を満たす]

- （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（全国平均値）

「（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8.2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。

基礎係数（Ⅱ群の選定に係る実績要件）

（続き）【実績要件3】：高度な医療技術の実施

（※）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する。
- 外保連手術指数は、外保連試案（第8.2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2、手術時間数3の手術は $7.01 \times 3 = 21.03$
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。

外科医師数	0	1	2	3	4	5	6
B	<u>1.00</u>	<u>1.27</u>	<u>1.54</u>	<u>1.81</u>			
C	<u>2.25</u>	<u>3.25</u>	<u>3.52</u>	<u>3.79</u>	<u>4.06</u>		
D	<u>3.76</u>	<u>6.01</u>	<u>7.01</u>	<u>7.28</u>	<u>7.55</u>	<u>7.82</u>	
E	<u>5.64</u>	<u>9.41</u>	<u>11.66</u>	<u>12.66</u>	<u>12.93</u>	<u>13.20</u>	<u>13.46</u>

- 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つに絞り込んで対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。

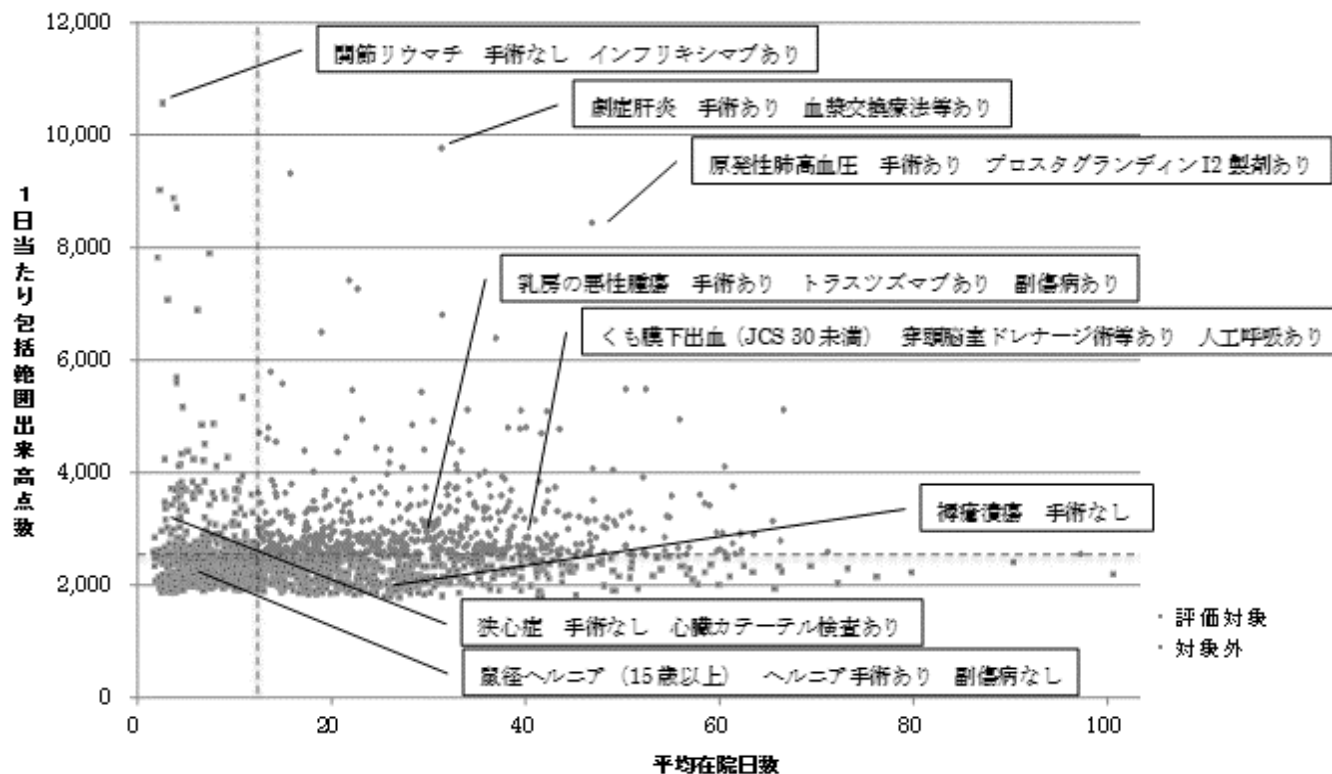
基礎係数（Ⅱ群の選定に係る実績要件）

【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)]

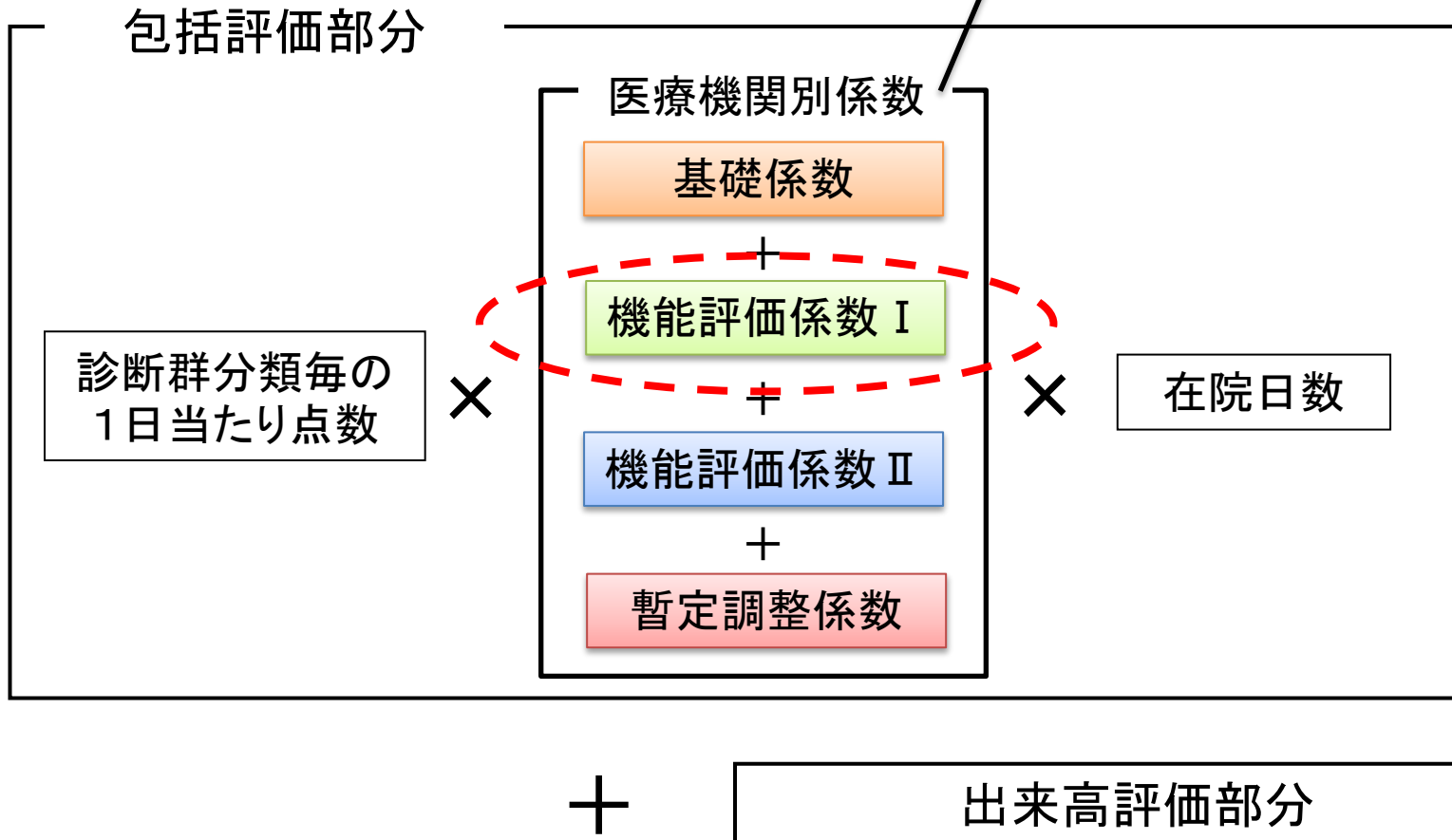
- 全DPC参加病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCを抽出。これらのDPCについて複雑性指数を算出する。

重症補正対象DPC



DPC制度における機能評価係数 I

各医療機関の医療機関別係数は、4つの係数を合算したものである



機能評価係数 I の見直しの概要

平成26年2月12日
中医協総会 総-1

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。

(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。

1. 「入院基本料の差額」にかかる評価

診断群分類点数表は、「一般病棟10対1入院基本料」を基本として作成されており、それぞれの入院基本料について、「一般病棟入院基本料10対1」との差額に係る評価を行う。

新規に評価対象となったもの

看護職員夜間配置加算

平均超過勤務減算

栄養管理体制減算

2. 「入院基本料等加算」にかかる評価

当該医療機関において全入院患者が算定すると考えられる加算について評価する。

評価対象外としたもの

患者サポート充実体制加算

機能評価係数Ⅱの見直し

平成26年2月12日
中医協総会 総-1

- 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）に加え、後発医薬品指数を追加した7指数により評価を行う。また、データ提出指数、救急医療指数、地域医療指数について必要な見直しを行う。
- 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。

機能評価係数Ⅱの基本的な考え方

平成25年10月16日
中医協総会 総-3-1

- 平成26年改定における機能評価係数Ⅱの基本的な考え方については、平成24年改定における考え方を引き続き維持することとする。

① 機能評価係数Ⅱの基本的考え方

- DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブを評価する。
- 具体的には、機能評価係数Ⅱが評価する医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブとして次のような項目を考慮する。なお、係数は当該医療機関に入院する全DPC対象患者が負担することが妥当なものとする。

1) 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

<主な視点>

- 医療の透明化（透明化）
- 医療の質的向上（質的向上）
- 医療の効率化（効率化）
- 医療の標準化（標準化）

2) 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現（地域における医療資源配分の最適化）

<主な視点>

- 高度・先進的な医療の提供機能（高度・先進性）
- 総合的な医療の提供機能（総合性）
- 重症者への対応機能（重症者対応）
- 地域で広範・継続的に求められている機能（5疾病等）
- 地域の医療確保に必要な機能（5事業等）

② 具体的方法

- 中医協の決定に基づき一定の財源を各係数毎に按分し、各医療機関の診療実績等に応じた各医療機へ配分額を算出する。最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算する。
- 原則としてプラスの係数とする。
- DPCデータを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かして、段階的な評価のみではなく、連続的な評価も考慮する。
- 評価に当たっては、診療内容への影響を考慮しつつ、必要に応じて係数には上限値・下限値を設ける。

機能評価係数Ⅱの見直し

平成26年2月12日
 中医協総会 総-1

改定前		平成26年改定後
① データ提出指数	→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	現行通り	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	→見直し	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	→見直し	⑥ 地域医療指数
	→新設	⑦ 後発医薬品指数

①保険診療指数(現行の「データ提出指数」を見直した指数)

「データ提出指数」から「保険診療指数」に改称し、DPCデータの記載矛盾、レセプトの未コード化傷病名の使用率、適切な保険診療の普及のための取組に関する評価項目を追加する。

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する。

⑤救急医療指数

当該指数の評価対象となる患者をより公平に選定するため、重症な患者が算定する入院料等を算定している患者を評価対象とする。

⑥地域医療指数

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見直しを行う。

機能評価係数Ⅱの見直し

機能評価係数Ⅱ(6項目)の見直しの詳細(1)

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)
1) データ提出指数 → 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・取組を評価	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。 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。 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。 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 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。 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。
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	$\frac{[\text{全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数}]}{[\text{当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数}]}$ ※ 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。

機能評価係数Ⅱの見直し

機能評価係数Ⅱ(6項目)の見直しの詳細(2)

<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(一入院当たり)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	<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」 ・「A300救命救急入院料」 ・「A301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」 ・「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」 ・「A301-4小児特定集中治療室管理料」 ・「A302新生児特定集中治療室管理料」 ・「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>

機能評価係数Ⅱの見直し

機能評価係数Ⅱ（6項目）の見直しの詳細（2）

<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>以下の指数で構成する。</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2参照)。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">地域医療指数(内訳)</th> <th style="text-align: center;">評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> ① 体制評価指数 計12項目(各1ポイント) <u>I・II群は評価上限10ポイント</u> <u>III群は評価上限8ポイント</u> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">1/2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> ② 定量評価指数 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px 5px;">1) 小児(15歳未満)</td> <td style="padding: 2px 5px;">1/4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px 5px;">1) 上記以外(15歳以上)</td> <td style="padding: 2px 5px;">1/4</td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">1/4</td> </tr> </tbody> </table> <p>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 [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>	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) <u>I・II群は評価上限10ポイント</u> <u>III群は評価上限8ポイント</u>	1/2	② 定量評価指数 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px 5px;">1) 小児(15歳未満)</td> <td style="padding: 2px 5px;">1/4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px 5px;">1) 上記以外(15歳以上)</td> <td style="padding: 2px 5px;">1/4</td> </tr> </table>	1) 小児(15歳未満)	1/4	1) 上記以外(15歳以上)	1/4	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) <u>I・II群は評価上限10ポイント</u> <u>III群は評価上限8ポイント</u>	1/2											
② 定量評価指数 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px 5px;">1) 小児(15歳未満)</td> <td style="padding: 2px 5px;">1/4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px 5px;">1) 上記以外(15歳以上)</td> <td style="padding: 2px 5px;">1/4</td> </tr> </table>	1) 小児(15歳未満)	1/4	1) 上記以外(15歳以上)	1/4	1/4							
1) 小児(15歳未満)	1/4											
1) 上記以外(15歳以上)	1/4											
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><u>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。</u> <u>(※数量とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。)</u> <u>※数量ベースで60%を評価上限とする。</u></p>										

機能評価係数Ⅱの見直し

<保険診療係数について>

① 保険診療指数 (従来の「データ提出指数」を見直した指数)

「データ提出指数」から「保険診療指数」に改称し、DPCデータの記載矛盾、レセプトの未コード化傷病名の使用率、適切な保険診療の普及のための取組に関する評価項目を追加する。

改定前

【名称】

データ提出指数

【評価項目】

1 「部位不明・詳細不明コード」
の使用割合

改定後

【名称】

保険診療指数 (改)

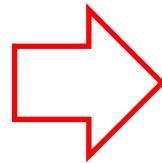
【評価項目】

1 「部位不明・詳細不明コード」の使
用割合

2 様式間の記載矛盾の割合 (新設)

3 未コード化傷病名による請求の割
合 (新設)

4 適切な保険診療の教育の普及に向
けた指導医療官の出向の評価 (I 群
のみ) (新設)



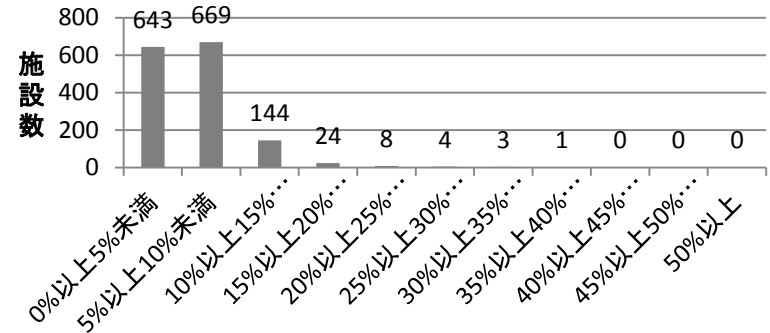
機能評価係数Ⅱの見直し

<保険診療係数について>

1 「部位不明・詳細不明コード」の使用割合

部位不明・詳細不明のICDコード(いわゆる「.9コード」)の割合が20%以上の場合、減算となる。(従来の評価を継続)

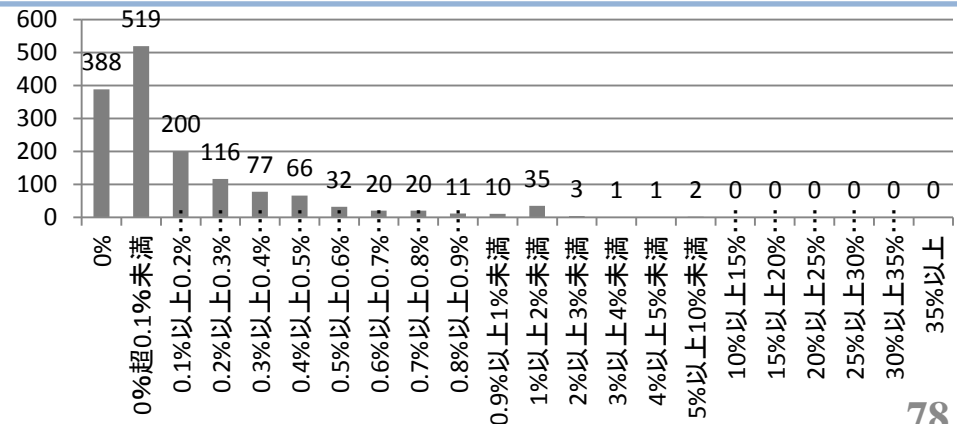
「部位不明・詳細不明のコード」は、標準病名マスターが対応していないこと等が原因で一定程度発生してしまう可能性があるという指摘があり、現時点では医療機関の努力のみで解決が難しい点もあることから、従来の評価基準「20%」を継続する。



2 様式間の記載矛盾の割合 (新設)

退院患者調査の様式間で矛盾のある記載があるデータが**1%以上の場合、減算**となる。

様式間の記載矛盾があるデータは、分析対象として取り扱うことが難しく、DPCデータの質としては低いと考えられることから、提出されたデータのうちそのようなデータが1%以上ある場合は減点する評価方法を導入する。



機能評価係数Ⅱの見直し

<保険診療係数について>

3 未コード化傷病名による請求の割合（新設）

入院のレセプト（医科レセプト、DPCレセプト）において、未コード化傷病名の使用割合（※NDBデータを用いて算出）が**20%以上の場合、減算**となる。

【背景①：適切な傷病名コードの利用の推進】

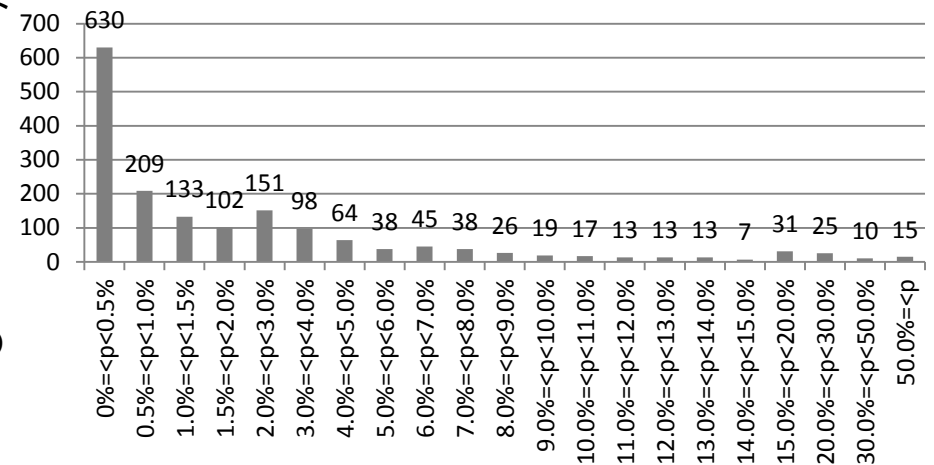
「規制改革推進のための3カ年計画（平成21年3月31日閣議決定）」に基づき、厚生労働省は原則として傷病名コードに記載された傷病名を用いたレセプトにより請求をするよう周知しているが、傷病名コードに記載されていない傷病名（いわゆる「未コード化傷病名」）の使用率は、全体としては減少傾向であるものの、依然として非常に高い医療機関がある。

【背景②：適切なICDコーディングの推進】

ICD-10コードの「部位不明・詳細不明コード」の使用割合の基準をクリアするために、あえて未コード化傷病名を用いて病名を入力する事例が存在することも指摘されていることから、適切なICDコーディングを推進する上でも、未コード化傷病名の使用割合による評価方法を導入することが妥当である。

（平成25年12月13日 中医協総会 総-1-1より）

（参考：全国のDPC対象病院＋準備病院の未コード化傷病名率のヒストグラム）



機能評価係数Ⅱの見直し

<保険診療係数について>

4 適切な保険診療の教育の普及に向けた指導医療官の出向の評価（I群のみ）（新設）

【適切な保険診療の普及のため取組の評価】

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出向させた場合 **加算する** 評価方法を導入する。

※ 厚生労働省指導医療官について

厚生労働省職員として、保険診療に関する指導(保険者、審査支払機関、保険医療機関等に対する診療報酬の疑義解釈、点数表解釈等に関する指導や助言)、指導監査業務を行う。

(※)「規定の手順」について

指導医療官の採用をどのような任用制度で行うかは、現在調整中。

(参考:任期付き職員法等)

平成26年1月22日
中医協総会 総-6

定例報告(毎年10月1日時点)において、当該医療機関において原則として下記を満たす場合に実績と見なすこととする(なお、「規定の手順」について現在調整を行っており、それに応じて下記についても必要な見直しを行う)

- 規定の手順により、当該医療機関から出向して以降6か月以上指導医療官として勤務している者がいる場合(ただし、1年以上在籍しない場合は実績と見なさない)
- 規定の手順により指導医療官として勤務後、大学病院に復帰した日から1年以内の者がいる場合(ただし、復帰後に当該医療機関において保険診療の教育に携わっていない場合は実績と見なさない)

機能評価係数Ⅱの見直し

＜救急医療指数の見直し＞

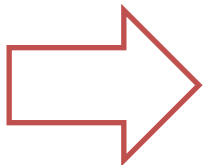
⑤救急医療指数

当該指数の評価対象となる患者をより公平に選定するため、救急医療管理加算との整合性を高めるため、救急医療管理加算を算定する患者(又は重症な患者が算定する特定入院料を算定している患者)を評価対象とする。

(なお、出来高報酬体系における「A205救急医療管理加算」の見直しに合わせ、評価の比重を調整する。)

(考え方)

救急医療指数は、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する指数であるが、平成25年度特別調査(ヒアリング調査)において、予定外入院の患者の重症度の判断は医療機関によって大きなばらつきがあると考えられた。



当該指数の評価対象となる患者の選定に係る公平性を高める観点から、現行の様式1の「救急医療入院」ありに加えて、重症な患者が算定すると考えられる入院料等を入院初日から算定している患者に対象を限定して評価する。

機能評価係数Ⅱの見直し

<地域医療指数・体制評価指数の見直しイメージ>

【考え方】

都道府県における医療計画策定の指針の見直しに伴い、平成26年改定より、従前の「4疾病・5事業」に加え、「精神疾患」・「在宅医療」を追加した「5疾病・5事業＋在宅医療」を対象として評価を行う。

都道府県が策定することとされている「5疾病・5事業＋在宅医療」の医療計画に係る関連事業のうち、急性期医療を担うDPC対象病院が担うことが期待されている役割にかかるとあり、入院医療において評価すべき項目であって、現時点で客観的に評価できるものに限って導入。

● 5 疾 病	がん	② がん地域連携 ③ 地域がん登録 ⑧ がん診療連携拠点病院等 (+小児がん拠点病院等)
	脳卒中	① 脳卒中地域連携 ⑨ 24時間t-PA体制
	急性心筋梗塞	⑪ 急性心筋梗塞24時間診療体制
	糖尿病	—
	精神疾患	⑫ 精神科身体合併症の受入体制
● 5 事 業	救急医療	④ 救急医療
	災害時における医療	⑤ 災害拠点病院等 (+新型インフルエンザ対策にかかる指定地方公共機関) ⑩ EMIS(広域災害・救急医療情報システム)
	へき地の医療	⑥ へき地の医療
	周産期医療	⑦ 周産期医療
	小児医療	—
	在宅医療	—

赤字(下線):平成26年改定 新規項目

①～④、⑪:実績評価の要素を加味