

# 日医工MPS行政情報シリーズ

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/index.php>

## 「2010年度診療報酬改定」 —DPC—

資料作成：日医工株式会社 MPSチーム

(日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217 菊地祐男)



資料No.220217-169



日医工株式会社

<http://www.nichiiko.co.jp>

調整係数  
基礎係数  
機能評価係数  
暫定調整係数  
平成22年度診療報酬改定

導入決定

# 新たな機能評価係数の設定①

— 中医協総会 (2010年2月12日答申資料より)

対象となるICD10コードを周知する必要から来年4月からの実施となる

(各病院共通のもの)

項目	名称	評価の考え方	評価方法
1	データ提出指数	対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等にご貢献することを評価	<p>[指数]</p> <p>①「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を50%・1ヶ月の間、減じる。</p> <p>②「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」については、当該評価を5%・1年の間、減じる。(平成23年4月より評価)</p> <p>※非必須項目の入力状況による評価は行わない。</p>

(各病院ごとに定めるもの)

項目	名称	評価の考え方	評価方法
2	効率性指数	平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した在院日数の相対値により評価	<p>[指数] = [全DPC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、10症例(10か月)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>
3	複雑性指数	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における一入院あたり包括点数の相対値により評価	<p>[指数] = [当該医療機関の包括点数(一入院あたり)] / [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、10症例(10か月)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、当該病院で算定している診断群分類の広がり(種類の多さ)により評価	<p>[指数] = [当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数] / [全診断群分類数]</p> <p>※当該医療機関において、10症例(10か月)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>

導入決定

## 新たな機能評価係数の設定②

— 中医協総会 (2010年2月12日答申資料より) —

各病院の4月1日時点の状況を集計するため、開始が8月にずれ込む

(各病院ごとに定めるもの)

項目	名称	評価の考え方	評価方法
5	地域医療指数	地域医療への貢献による評価	<p>[指数]=以下の各項目ごとに1ポイントを加算した総ポイント数(0~7ポイント) (平成23年8月より評価)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①「脳卒中」について、脳卒中を対象とする「B005-2地域連携診療計画管理料」、「B005-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)」を算定している医療機関を評価</li> <li>②「がん」について、「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」を算定している医療機関を評価</li> <li>③「がん」について、地域がん登録への参画の有無を評価</li> <li>④「救急医療」について、医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型若しくは共同利用型の施設又は救急救命センターを評価</li> <li>⑤「災害時における医療」について、DMAT(災害派遣医療チーム)指定の有無を評価</li> <li>⑥「へき地の医療」について、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</li> <li>⑦「周産期医療」について、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの指定の有無を評価</li> </ol>
6	救急医療係数	包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等について、救急入者に占める割合により評価	<p>[指数]=緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの包括範囲の費用の差額を、医療機関ごとに診断群分類及び救急患者の数に応じて評価</p>

平成22年8月の間違い?  
(途中の議論では平成22年8月だった)

[係数]の間違い?

包括点数での評価が困難なため、緊急入院した患者と入院患者全体の入院2日間の費用の差額を実績に応じて評価する

# 効率性指数のイメージ

DPC分類	当該病院		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
a	10.0	5	12.0	500
b	5.0	2	7.0	300
c	20.0	3	19.0	215
全平均	12.0		12.0	

＜効率性指数＞  
 当該病院が全DPC対象病院と全く同じ患者構成と仮定した場合の平均在院日数を指数化したもの

実際は10症例以上が対象

DPC分類	当該病院(仮定)		全DPC対象病院	
	平均在院日数	症例数	平均在院日数	症例数
a	10.0	500	12.0	500
b	5.0	300	7.0	300
c	20.0	215	19.0	215
全平均	10.6		12.0	

当該病院の患者構成が、DPC対象病院と同じだった場合の全平均在院日数に換算する

在院日数を全平均よりも短縮できれば効率性指数はアップする  
 故意に在院日数を延ばしていた病院はマイナスとなる

効率性指数

$$\frac{12.0}{10.6} = 1.13$$

# 複雑性指数のイメージ

DPC分類	当該病院		全DPC対象病院	
	診断群分類点数	症例数	診断群分類点数	症例数
a	10,000	5	12,000	500
b	5,000	2	7,000	300
c	20,000	3	19,000	215
全平均	12,000		12,005	

＜複雑性指数＞  
 当該病院が全DPC対象病院と全く同じ症例数(分類別)と仮定した場合の診断群分類点数(全)を指数化したもの

実際は10症例以上が対象

当該病院の分類毎の診断群分類点数が、全DPC対象病院と同じだったと仮定した場合の全診断群分類点数に換算する

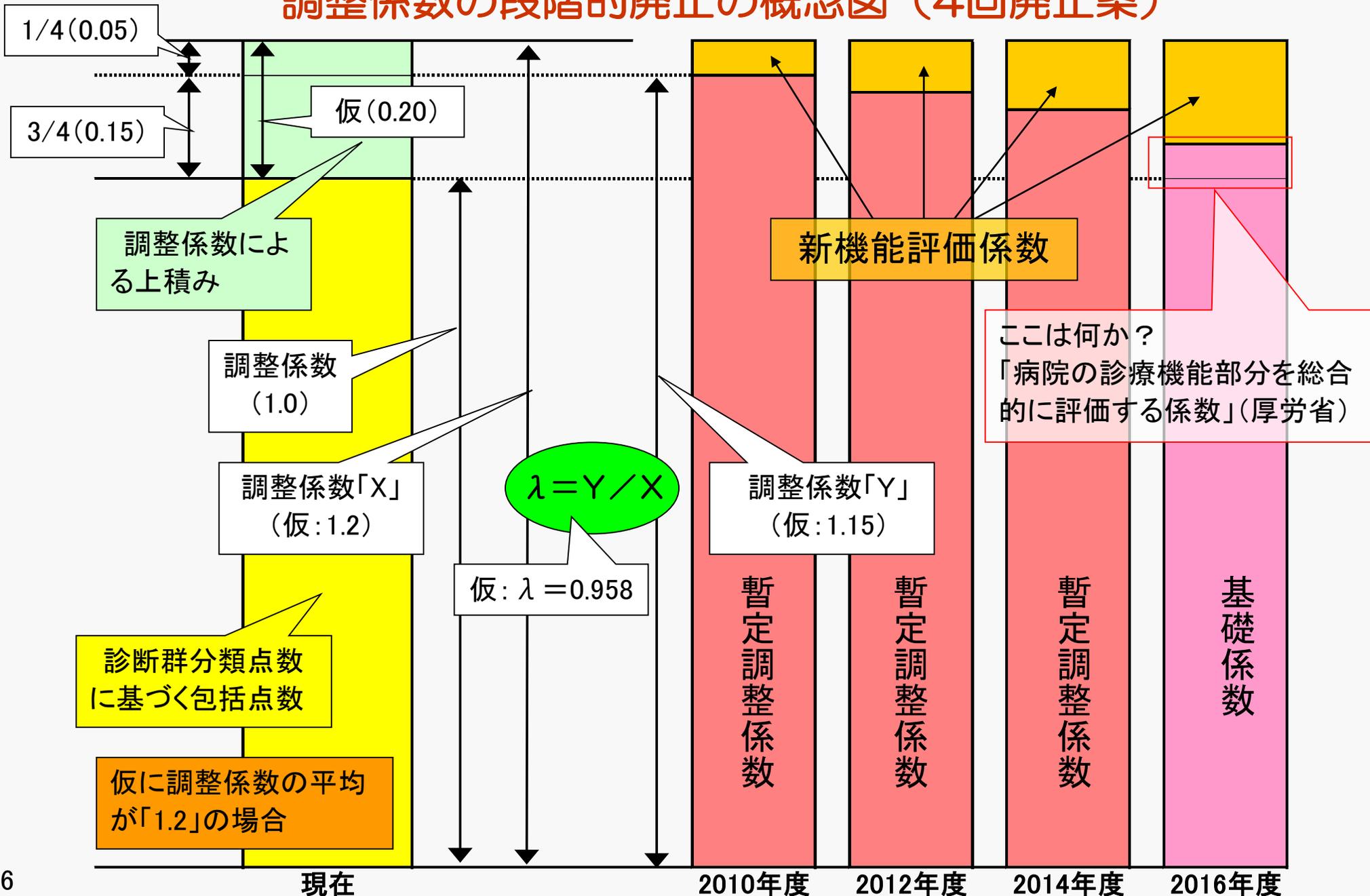
DPC分類	当該病院(仮定)		全DPC対象病院	
	診断群分類点数	症例数	診断群分類点数	症例数
a	12,000	5	12,000	500
b	7,000	2	7,000	300
c	19,000	3	19,000	215
全平均	13,100		12,005	

全国平均と同じ診療(平均点数)に見えても、診断群分類点数の高い疾患(症例数)が多いと複雑性指数はアップする。

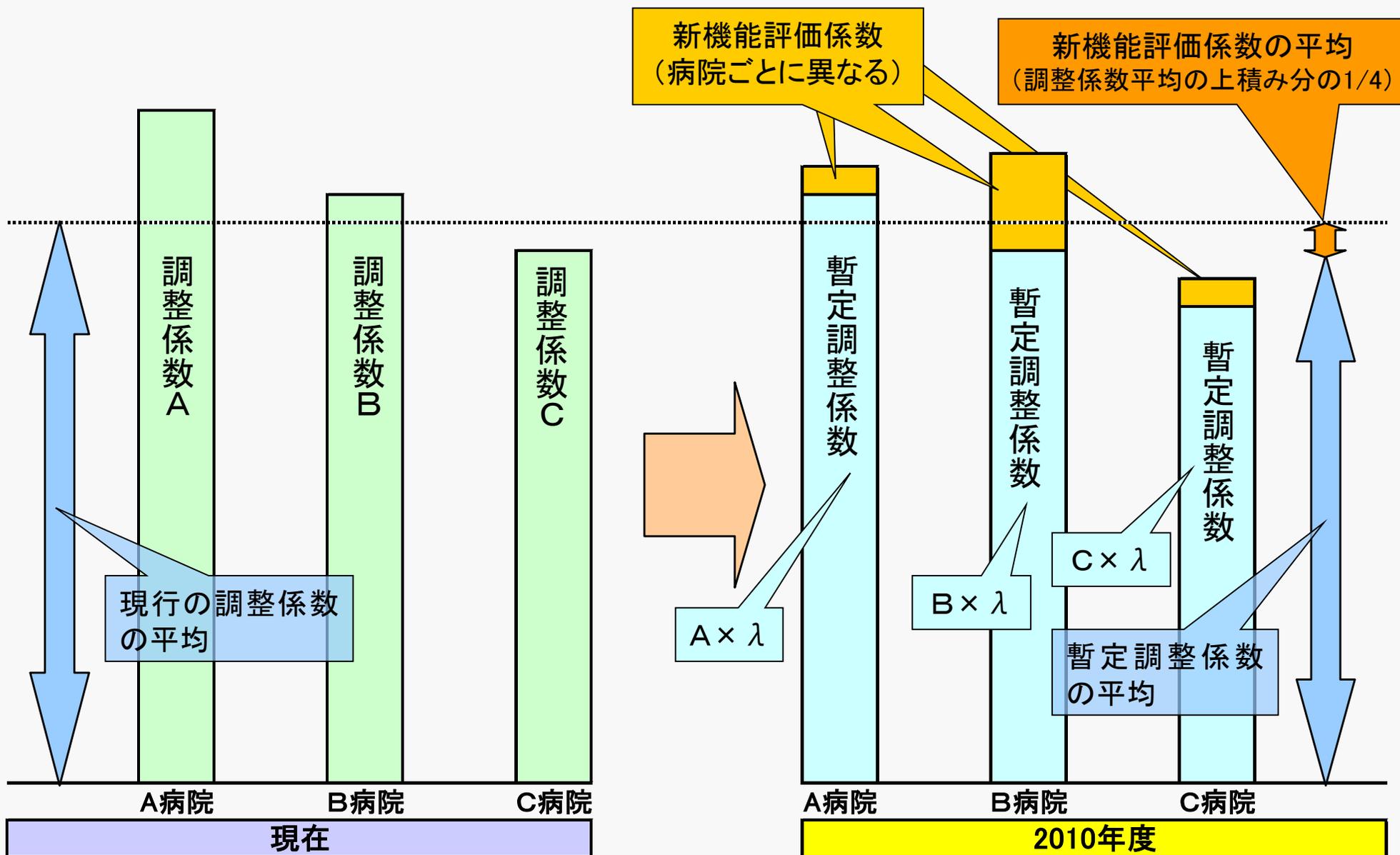
複雑性指数

$$\frac{13,100}{12,005} = 1.09$$

# 調整係数の段階的廃止の概念図（4回廃止案）



# 暫定調整係数の概念図（厚労省案）



## 資料解説（日医IMPS）

新機能評価係数については、6項目の導入が決まりました。ただし一部の項目で実施開始日が繰り下げられることになっています。またチーム医療の評価は、今回の診療報酬で「NSTチーム加算」などが評価されており、新機能係数での評価は見送られました。

何回で廃止するかは、来年度に話し合うことになっている

現在は、DPC点数（診断群分類点数に基づく包括点数）と前年実績の差を解消するために「調整係数」があります。調整係数が「1.00」であればDPC点数とちょうど同じこととなります。仮に調整係数の平均が「1.20(X)」ならDPC点数の1.2倍で0.2倍分が上積みされます。調整係数を4回で段階的に廃止するとした場合、初回（2010年度）は上積み分の1/4（25%）にあたる0.05倍分を新機能評価係数に置き換えることにします。その場合の調整係数の平均は「1.15(Y)」となり、 $Y/X$ を $\lambda$ （ラムダ係数）とします。すべての調整係数が置き換わるまでは「暫定調整係数」となり、4回でなくなるはずですが、次回からも1/4ずつ減るのではなく、4回目の廃止の段階で上積みとして残る部分があります（MPS資料の赤枠の部分）。この部分について厚労省は「病院の診療機能部分を総合的に評価する係数」としていますが、定義や規模などについてはよくわかっていません。

初年度は上積み部分の25%を新機能係数に置き換え、「6、救急医療係数」を除く5項目で5等分されることになった

病院単位でみると、2010年度の暫定調整係数は現在の調整係数に $\lambda$ （ラムダ係数）を掛けたものになります。その上に新機能評価係数が上積みされるため、病院によって収入の増減が異なります。全平均では新機能評価係数は調整係数が下がった分を補てんすることになります。

### 新たな医療機関別係数

医療機関別係数 = (「暫定調整係数」+「新しい機能評価係数」) + 「現行の機能評価係数」

## その他の算定ルール等の見直し

以下の項目については、現行の包括評価対象を見直し、出来高で算定可能とすることについて概ね了承された。

- 無菌製剤処理料
- 術中迅速病理組織標本作製
- HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV治療薬）
- 血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- 慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流

医療機関ごとに実施状況が著しく異なり、包括化に馴染まない。

主傷病の治療とは直接関係なく、包括評価への反映も難しく、かつ高額なため、出来高とする。

「医療法標準による医師等員数の基準を満たさない場合や特別入院基本料を算定する場合の取扱等については、出来高と同様の規定を設ける」ことに関しても概ね了承された。

## 1. 入院基本料等の引き上げ及び改定率の反映

急性期医療に対する更なる評価に伴う入院基本料等の引き上げについては、診断群分類点数表の設定時に実態に即して算入することで反映させる。

入院基本料等加算の引き上げ等については、機能評価係数に反映させる。

改定率については、医療機関別係数の計算において反映させる。

## 2. DPCにおける調整係数の段階的廃止・新たな機能評価係数の導入

激変緩和の観点から、今回の改定では調整係数の一部を、新たな機能評価係数に置き換え評価する。

### (1) 今回導入する新たな機能評価係数

#### 改定後(2010年4月)

以下の項目について、新たな機能評価係数として導入する。

- (新)〔項目1〕「データ提出指数」(正確なデータ提出に係る評価)
- (新)〔項目2〕「効率性指数」(効率化に対する評価)
- (新)〔項目3〕「複雑性指数」(複雑性指数による評価)
- (新)〔項目4〕「カバー率指数」(診断群分類のカバー率による評価)
- (新)〔項目5〕「地域医療指数」(地域医療への貢献に係る評価)
- (新)〔項目6〕「救急医療係数」(救急医療の入院初期診療に係る評価)

〔項目1〕 以下の場合において、当該係数を減算する。

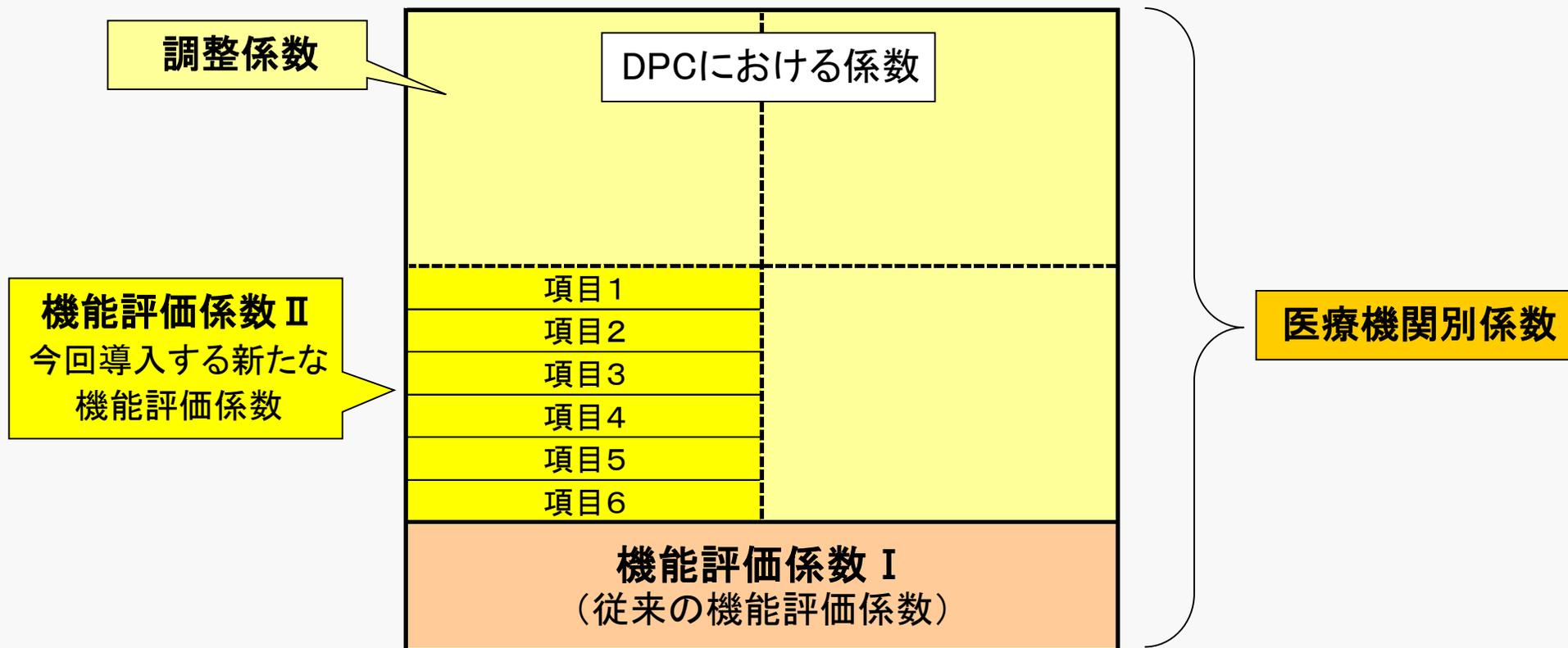
- ① データ提出の遅滞
- ② 部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上

〔項目5〕 以下の各項目の総ポイント数(0~7ポイント)で評価

- ① 脳卒中地域連携
- ② がん地域連携
- ③ 地域がん登録
- ④ 医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設拠点型又は共同利用型の施設、若しくは救急救命センター
- ⑤ DMAT(災害派遣医療チーム)指定
- ⑥ 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
- ⑦ 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター

(2) 設定方法

- ① 調整係数から新たな機能評価係数へ置き換える割合については、調整係数による“上積み相当部分”のうち、25%とする。
- ② 各機能評価係数への配分は、「救急医療の入院初期診療に係る評価」について、医療機関ごとに充当すべき具体的な配分額を算出し、これらの配分額に相当する係数を設定する。これ以外の5つの項目については残りの置き換え部分を、等分で配分する。



### 3. 診断群分類点数表の設定方法の見直し

診断群分類点数表について、診療実態に合わせ、分岐及び点数設定の見直しを行う

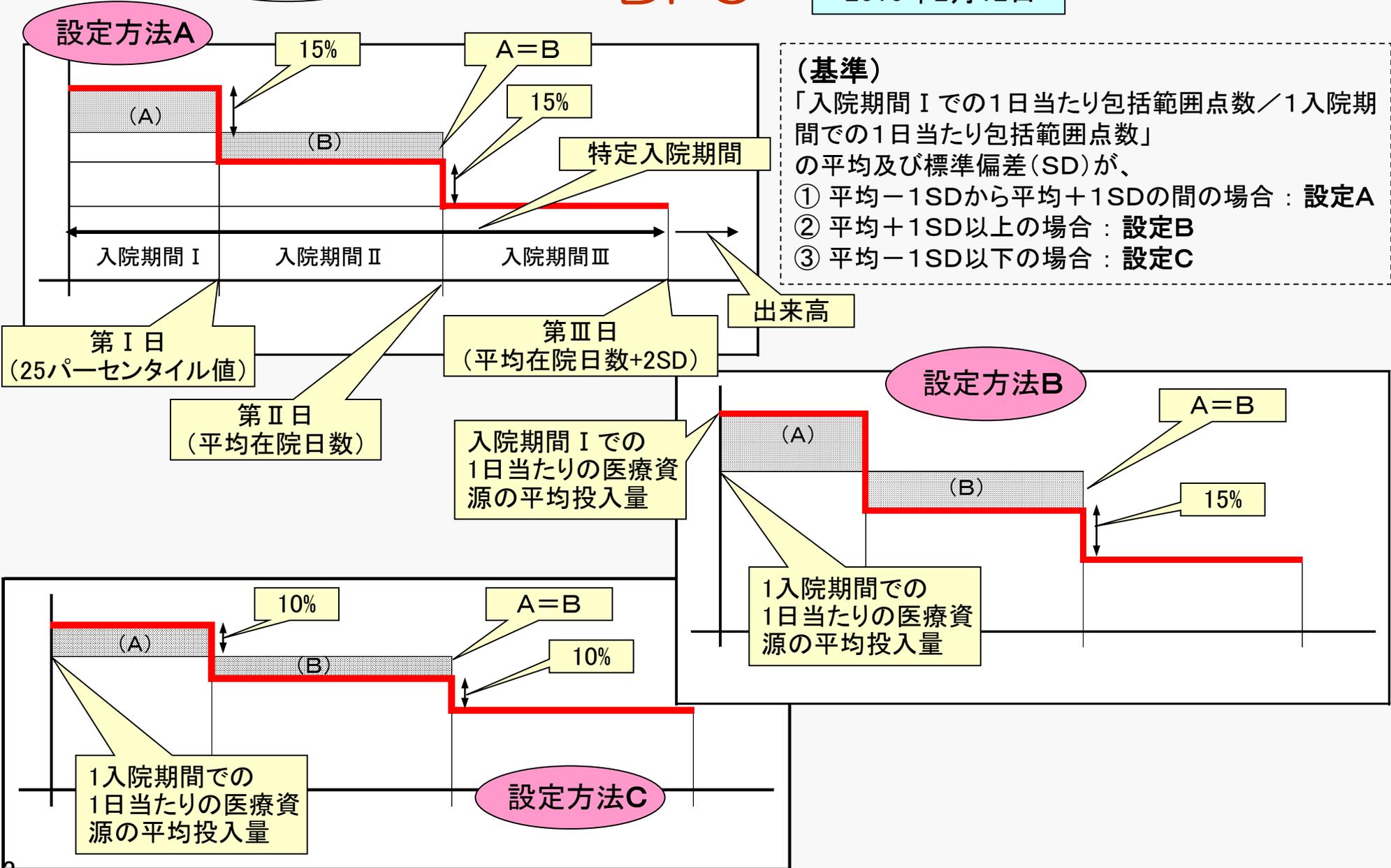
#### 改定後(2010年4月)

(1) 診断群分類の分岐については、さらなる精緻化を行う。

- ①高額薬剤による分岐の追加
- ②化学療法レジメによる分岐の追加
- ③副傷病による分岐の精緻化
- ④手術の有無による分岐の決定について、輸血管理料を対象外に見直し

#### 改定後(2010年4月)

(2) 包括点数設定を、実際の医療資源の投入量にあったものとするため、これまでの2種類の点数設定方法を、以下の基準に基づき3種類(次ページ参照)に変更する。



#### 4. DPCにおける包括範囲の見直し

診断群分類点数表において包括評価されている以下の項目については、より適切な評価方法に見直す。

##### 改定後(2010年4月)

(1) 以下のものについては、出来高評価とする。

- ①無菌製剤処理料
- ②術中迅速病理組織標本作製
- ③HIV感染症に使用する抗ウイルス薬(HIV感染症治療薬)
- ④血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ⑤慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流

(2) 以下のものについては、機能評価係数での評価とする。

検体検査管理加算

#### 5. その他

- ①特別入院基本料を算定する場合の機能評価係数を設定する。
- ②医療法標準を満たさない場合は出来高にて算定する。
- ③診療報酬明細書の様式を見直し、現行では別ファイルで提出しているコーディングデータについて、1ファイルで提出可能とすると共に、特定入院料等を算定している場合であっても、コーディングの確認に必要な診療情報は入力を求める。