

# 日医工MPS行政情報シリーズ

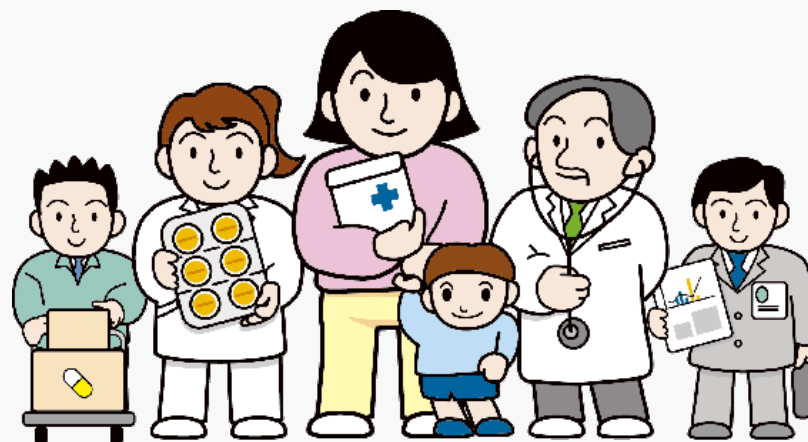
<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/index.php>

## 「DPC新機能評価係数の動向」

— 2009年12月16日時点の状況 —

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.211218-155-3



日医工株式会社

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

調整係数  
基礎係数  
暫定調整係数  
2010年度診療報酬改定  
平成22年度診療報酬改定

# 新たな機能評価係数の設定①

— 中医協診療報酬基本問題小委員会(2009年12月16日) —

導入決定

いわゆる「.9コード」?

	名称(案)	考え方	設定方法(指数)
1	○データ提出・公開指数 ○データ提出指数 ○データ提供指数 ○提出データの質指数	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貢献することを評価	①データ提出の遅滞 ②部位不明、詳細不明のICD10コード使用割合が40%以上の場合に 応じた定数で評価  ※非必須項目の入力状況による評価は行わない。
2	○効率性指数 ○相対平均在院日数指数	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	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  ※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。 ※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	○患者構成指数 ○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	当該医療機関の包括点数(一入院あたり)を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数に置き換えたもの ／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、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。 ※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 ○総合性指数	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	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  ※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。 ※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。

導入の可否  
も含めて検討

## 新たな機能評価係数の設定②

— 中医協診療報酬基本問題小委員会(2009年12月16日) —

名称(案)		考え方		設定方法(指数)
5	○救急医療指数	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、救急患者に占める割合により評価		救急車あり又は入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数 ／DPC対象患者数
6	○地域医療指数	地域医療への貢献について、2つの視点で評価		<p>(救急患者の受け入れ体制の評価のイメージ)</p> <p>1:・救急患者数(又は割合)が○以上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・救急部門に医師、看護師が常に専従で配置</li> <li>・薬剤師、臨床検査技師、放射線技師が常に専従又は専任で配置</li> </ul> <p>2:・救急患者数(又は割合)が△以上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師、看護師が常に専従又は専任で配置</li> <li>・薬剤師、臨床検査技師、放射線技師が常に専従、専任又はオンコールで配置</li> </ul> <p>3:・救急患者数(又は割合)が□以上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の要件なし</li> </ul> <p>※救急患者:救急車あり又は入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数</p>
				<p>(評価のイメージ)</p> <p>例えば、都道府県が策定する医療計画(4疾病・5事業)等において、一定の役割が位置づけられている施設に対して、一定の指数により評価</p> <p>※4疾病:がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病5事業1救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療</p>

引き続き  
検討

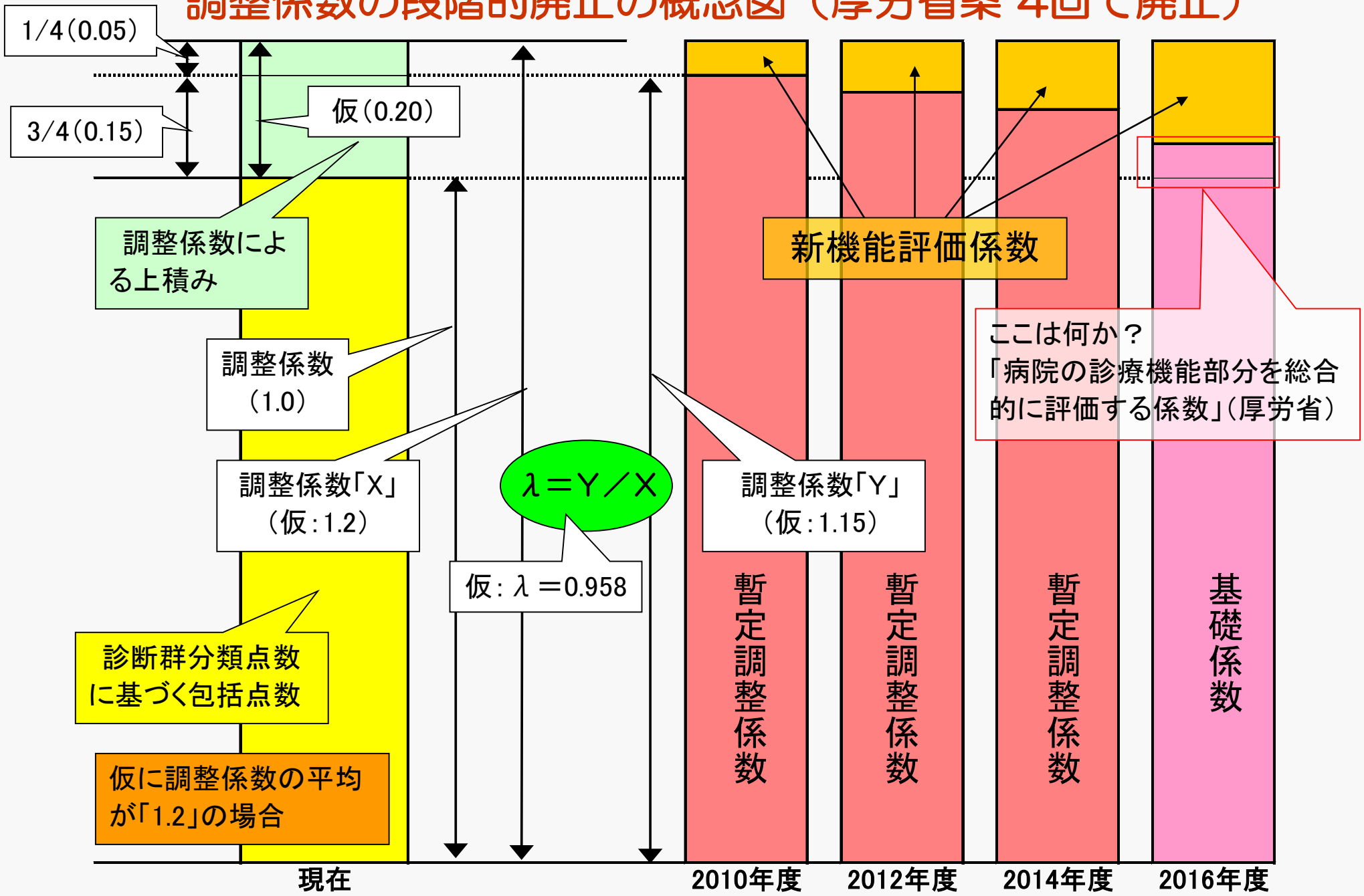
## 新たな機能評価係数の設定③

— 中医協診療報酬基本問題小委員会(2009年12月16日) —

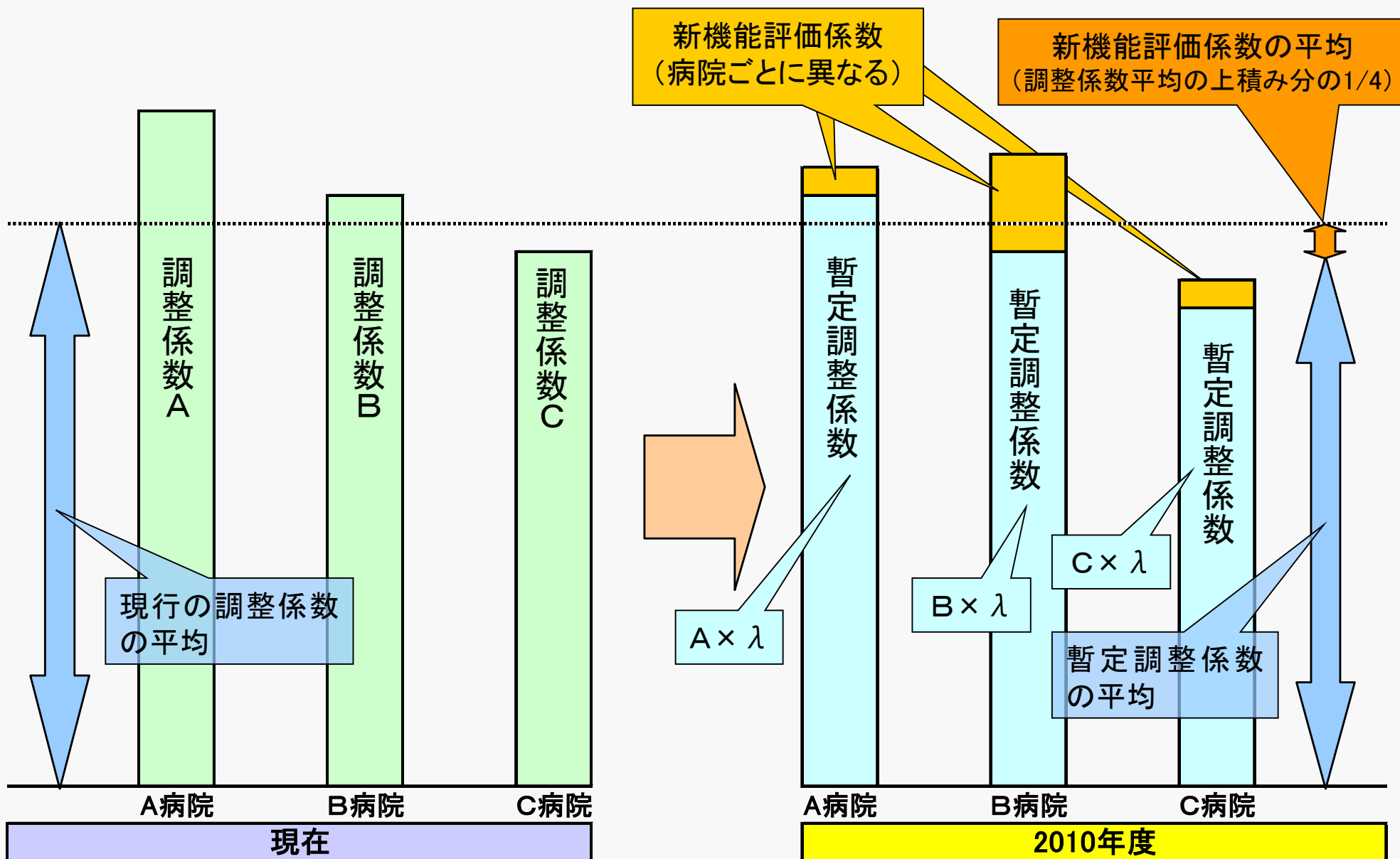
	名称(案)	考え方	設定方法(指数)
7	○チーム医療指数	チーム医療の取り組みによる ・医療安全 ・勤務医負担軽減 ・医療の質 ・医療の効率化 ・医療の透明化 等を評価	今後の取り扱いについては更に検討

No.	項目	方針	対応
1	正確なデータ	導入決定 算定式決定	シミュレーションにより各指数の重み付け(点数配分)を行う
2	効率化		
3	複雑性指数		
4	カバー率		
5	救急医療	導入の可否も含めて 検討	シミュレーション結果により導入の可否を決定する (項目の導入についてはほぼ決定、計算方法は今後も検討)
6	地域医療		
7	チーム医療	引き続き検討	診療報酬改定でのチーム医療評価(NSTなど)を踏まえて検討する

# 調整係数の段階的廃止の概念図（厚労省案 4回で廃止）



# 暫定調整係数の概念図（厚労省案）



新機能評価係数について、「1～4」については項目導入及び設定方法が了承されました。後はシミュレーションの結果をみて重み付けを、改定率が決定されてから点数付けを行うこととなります。「5,6」については導入はほぼ決定ですが、設定方法はシミュレーションの結果をみて検討することになりました。「7」のチーム医療の評価は、診療報酬でNSTチームの評価などが検討されているため、その状況をみて検討を続けることとなります。

DPCに「基礎係数」の話題が出たのは、11月30日のDPC分科会でした。調整係数を廃止して、新機能評価係数に置き換えるものと思っていましたが、新たな係数が唐突に出てきた感がありました。12月16日の基本小委では新たな資料で説明されています。その概要としては以下のように考えます。

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回で段階的に廃止とした場合、初回(2010年度)は上積み分の1/4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」としてはいますが、定義や規模などについてはよくわかっていません。

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となります。

### 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

検体管理加算については、係数での外出しを行う方針

「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。



# 効率性指数（在院日数の指数）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。

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（患者構成の指数）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。

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