

日医工MPI行政情報

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

-DPC評価分科会まとめ-

中医協総会(2011年12月21日)

株式会社日医工医業経営研究所 (日医工MPI)

資料作成:飯田裕美(日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345)



nikky

資料No.231229-253



株式会社日医工医業経営研究所

DPC評価分科会報告

2011年12月14日のDPC評価分科会での結論を踏まえ、以下の検討について2011年12月21日の中医協総会で報告され了承されました。

1. 基礎係数設定のための医療機関群の具体化

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こととし、医療機関群を、「大学病院本院」及び「(仮)高診療密度病院群」と「その他急性期病院群」の3群とする。

2. 機能評価係数Ⅰ・Ⅱの具体化(見直しや追加を含む)

現行の診療報酬項目のうち、「地域加算」及び「離島加算」について、今後は機能評価係数Ⅰとして評価する。

機能評価係数Ⅱのうち「複雑性指数」「カバー率指数」「救急医療指数」「地域医療指数」については医療機関群毎に評価内容や重み付けを設定する。

3. 算定ルール等の見直し

小児入院医療管理料・亜急性期入院医療管理料等の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について平成24年改定に向けて中医協総会で引き続き検討してはどうか。

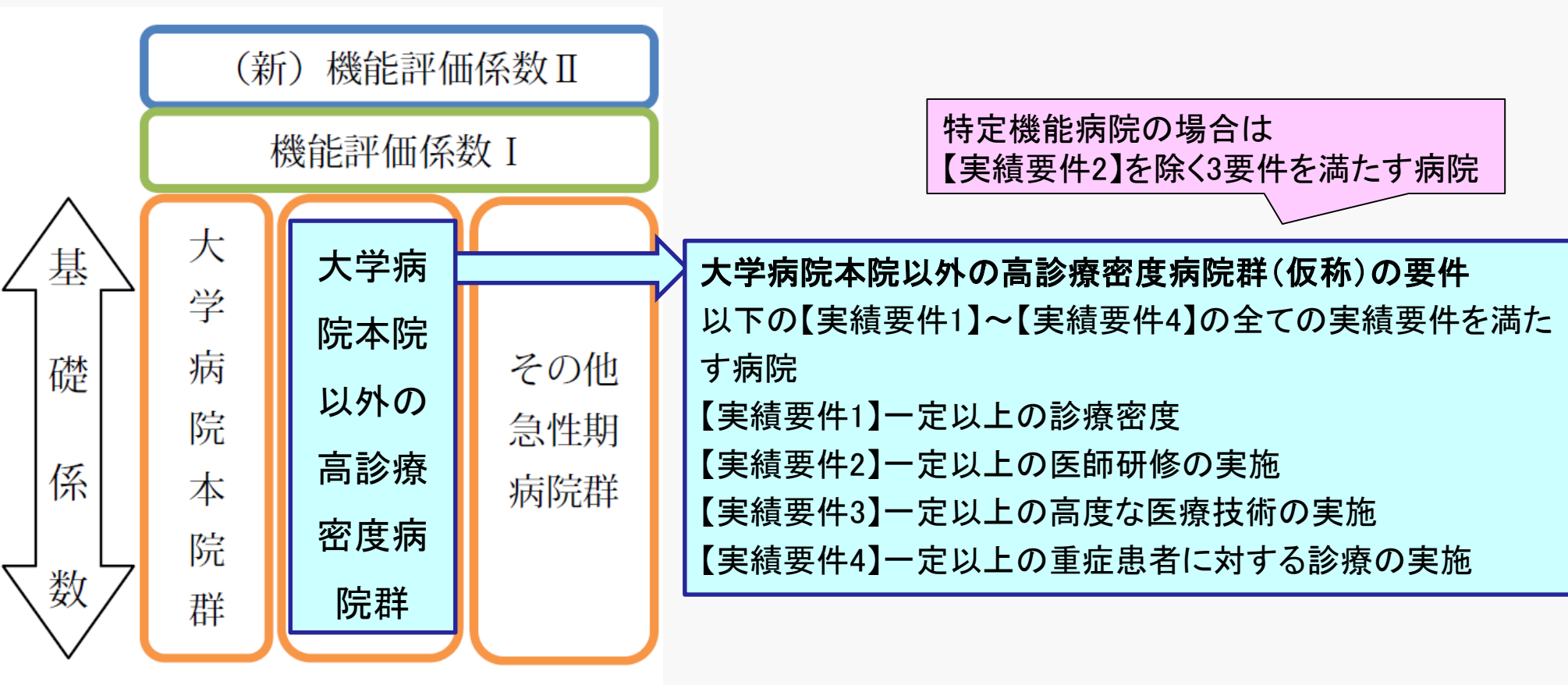
4. 退院患者調査の見直し

退院患者調査が通年化したため、平成24年改定への対応については年内に確定させる必要がある。

大学病院本院と高診療密度病院群には外来診療にかかるデータの提出も必須とし、その他急性期病院群は任意(データ提出のインセンティブも検討)とする。

1.基礎係数設定のための医療機関群の具体化（1）

基礎係数については、診療密度等の分析結果から、機能や役割に応じた医療機関群別に設定することとし、医療機関群を、「大学病院本院」、「(仮)高診療密度病院群」、「その他急性期病院群」の3群とする。



1.基礎係数設定のための医療機関群の具体化（2）

大学病院本院以外の高診療密度病院群（仮称）の実績要件

大学病院本院に相当するような診療密度の施設を前提としている

実績要件	設定する指標と考え方
1: 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)
2: 医師研修の実施	= [届出病床1床当たりの臨床研修医師数] (免許取得後2年目まで; 基幹型施設と協力型施設の施設類型に応じて補正)
3: 高度な医療技術の実施	= [次の3つがそれぞれ一定の基準を満たす] (3a): 手術1件当たりの外保連手術指数 (協力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 (協力医師数及び手術時間補正後) (3c): 手術実施件数
4: 重症患者に対する診療の実施	= [複雑性指数(重症DPC 補正後)]

外保連試案で設定され5段階の技術度区分に指数を割り当て重み付けをしたもの

医師配置要件の実質的な代替指数

各要件の基準値は大学病院本院群の最低値や5%タイル値等により設定

実際に使用するデータベースが確定されていないため具体的な数値は出されていない

診断群分類毎の1入院当たり包括範囲(検査、投薬など)を出来高換算した平均点数を反映する指標

2.機能評価係数Ⅰ・Ⅱの具体化～2-1.機能評価係数Ⅰ～

現行の診療報酬項目のうち、「地域加算」及び「離島加算」について、今後は機能評価係数Ⅰとして評価する。

現行の機能評価係数Ⅰ一覧	
入院基本料	<ul style="list-style-type: none"> ・入院基本料 (7対1、7対1特別、10対1、10対1特別)
検査	<ul style="list-style-type: none"> ・検体検査管理加算(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ)
経過措置	<ul style="list-style-type: none"> ・入院基本料 (13対1、15対1、左記に該当しないもの)
入院基本料等加算	
<ul style="list-style-type: none"> ・総合入院体制加算 ・地域医療支援病院入院診療加算 ・臨床研修病院入院診療加算(基幹型、協力型) ・診療録管理体制加算 ・医師事務作業補助体制加算 (15対1、20対1、25対1、50対1、75対1、100対1) ・急性期看護補助体制加算(1、2) ・看護補助加算(1、2、3) ・医療安全対策加算(1、2) ・感染防止対策加算 	

この中に「地域加算」と「離島加算」が加わる

2.機能評価係数Ⅰ・Ⅱの具体化～2-2.機能評価係数Ⅱ～

平成24年改定
での見直し案

全医療機関共通

データ提出係数

効率性係数

機能評価係数Ⅱ

機能評価係数Ⅰ

複雑性係数

複雑性係数

複雑性係数

カバー率係数

カバー率係数

カバー率係数

救急医療係数

救急医療係数

救急医療係数

地域医療係数

地域医療係数

地域医療係数

医療機関群
毎の設定

調整係数

大学病院
本院群

高診療密度
病院群 (仮称)

その他急性期
病院群

機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（1）

下線部分が追加記載

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)
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。</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●●%以上の場合に当該評価を0.05点・1年の間、減じる。<u>(新たな減算基準の●●%はこれまでの実績から改めて設定)</u> 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 <u>【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</u> ※ なお、その他急性期病院群について、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。</p>
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>
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>

機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（２）

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)									
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)の診断群分類を計算対象とする。									
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	[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]									
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て評価)	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 詳細は次ページ </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">地域医療指数(内訳)</th> <th style="width: 30%;">評価のウェイト</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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 style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">1/4</td> </tr> <tr> <td>2) 上記以外(15歳以上)</td> <td style="text-align: center;">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) 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 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。</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>	地域医療指数(内訳)	評価のウェイト	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)	評価のウェイト										
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									

【評価対象地域の考え方】
 大学病院本院と高診療密度病院群は3次医療圏、
 その他急性期病院群は2次医療圏

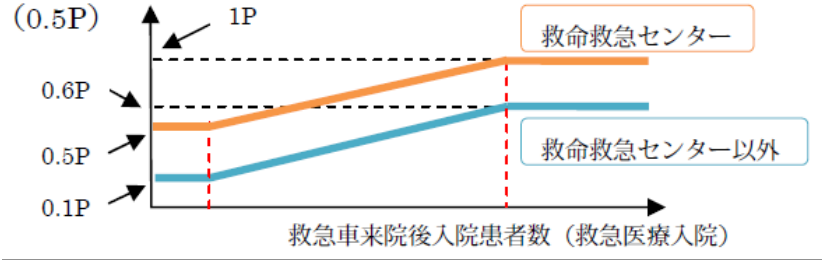
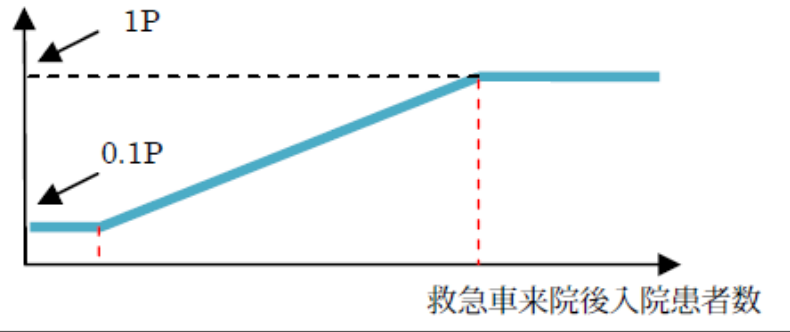
地域医療指数の体制評価指数について（１）

・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。

・地域医療計画等における一定の役割を10項目で評価(1項目1ポイント、但し上限は7ポイント)

評価項目(各1P)	大学病院本院群、高診療密度病院群	その他の急性期病院群
①脳卒中地域連携 (実績評価を加味)	当該医療機関を退院した患者について、〔評価対象点数(下記)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)	
(評価対象点数)	脳卒中を対象とする 「B005-2 地域連携診療計画管理料」 に限る	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)」
②がん地域連携 (実績評価を加味)	当該医療機関を退院した患者について、〔評価対象点数(下記)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)	
(評価対象点数)	「B005-6 がん治療連携計画策定料」 に限る	「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」
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)	

地域医療指数の体制評価指数について (2)

評価項目 (各1P)	大学病院本院群、高診療密度病院群	その他の急性期病院群
<p>④救急医療 (実績評価を加味)</p>	<p>医療計画上の体制評価を前提とし、<u>実績の要素を加味した評価を導入。</u></p>	
<p>前提となる 体制</p>	<p>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) それ以外の体制の指定は右記と同等の評価(0.1P)</p>	<p>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)</p>
<p>実績評価</p>	<p>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)</p> 	<p>救急車で来院し、入院となった患者数(0.9P)</p> 

体制ポイントと実績ポイント合わせて最大1P取得できる。

地域医療指数の体制評価指数について (3)

評価項目(各1P)	大学病院本院群、高診療密度病院群	その他の急性期病院群
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	<input type="checkbox"/> 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価(1P) <input type="checkbox"/> 「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(新規)	<input type="checkbox"/> 「都道府県がん診療連携拠点の指定」を重点的に評価(1P) <input type="checkbox"/> 「地域がん診療連携拠点病院の指定」は0.5P <input type="checkbox"/> 準じた病院(右欄※参照)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」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) ※ 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た病院。
⑨24時間tPA体制(新規)	「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)(新規)	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)	

3.算定ルール等の見直し

以下の課題について、平成24年改定に向けて、引き続き中医協総会において検討してはどうか。

(1) 小児入院医療管理料・亜急性期入院医療管理料等の特定入院料の取扱い(評価のあり方)

○ DPC/PDPS における亜急性期入院医療管理料等の特定入院料の取扱いについては、現在中医協総会において議論されている入院医療の評価のあり方を踏まえながら引き続き検討する必要がある。

(2) 在院時期に応じた適切な薬剤料等包括評価のあり方

○ 本来包括点数において評価されている薬剤費が特定入院期間を超える事により、出来高算定できる状況について更に検討する必要がある。

(3) 高額薬剤等に係る対応

○ 高額薬剤に係る在院日数遷延のための点数設定方法等、具体的な対応について、引き続き検討する必要がある。

4.退院患者調査の見直し(1)

(1) 平成24年度退院患者調査に係る具体的な対応事項

○ 退院患者調査が通年化され、平成24年4月1日退院患者から改定に対応した新たな調査を開始する必要があることから、平成24年改定後の対応等については年内に確定させる必要がある(システム変更を伴うため、一定の準備期間が必要)。

① 平成24年改定に伴う変更

診断群分類の見直しや医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直しなどの平成24年改定に伴う対応やその他これまでに指摘された技術的事項について対応する。

□診断群分類の見直し及びその他指摘事項に伴う調査項目の見直し(様式1)

□基礎係数(医療機関群)や機能評価係数Ⅱの要件設定に伴う調査項目の追加(様式3)

② 新たに対応を検討すべき事項(外来診療に関する調査)

□入院医療と直前直後の外来診療は一連の診療であり、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・評価していくためには、外来医療・入院医療を一体的に分析・評価する必要がある。

□今後、当該施設に対して外来診療に係るEFファイルの提出を求めることとする。

(大学病院本院と高診療密度病院群の施設は必須、その他急性期病院群の施設は任意)

□なお、その他急性期病院群の施設が上記のデータ提出に任意で対応する場合には、一定のインセンティブ(データ提出係数の上乘せ)の付与を検討する。

4.退院患者調査の見直し（2）

(2) 今後引き続き検討すべき事項

① 医療の質に関連する調査

□特定の疾患・プロセス等に着目した分析や調査項目の追加により、医療の質的な評価（分析）を試行的に実施してはどうかとの指摘があるが、評価（分析）すべき項目について具体化（明確化）する必要があることから、今後、引き続き検討する。

② 様式1のフォーマット拡充に関する検討（技術的事項）

□現行の様式1におけるデータ記録方式が調査の自由度に制約を課している等の指摘がなされている。

□一方で、拡充するとした場合でも一定の周知期間（準備期間）を経て実施する必要があることから、平成24年改定以降、必要性、メリット・デメリットを検討した上で、今後、より拡張性の高い仕様への移行を検討する。

DVDやオンラインでの提出について分科会では話題に出ていた。

4.退院患者調査の見直し（3）

(3) その他(中医協総会への提言)

【出来高算定病院に対するDPCフォーマットのデータ提出の枠組み創設】

□DPC制度は施行から8年以上が経過し、提出されたDPC フォーマットのデータ(様式1・EFファイル等)の分析・評価により様々な角度から対象施設での診療内容の把握・分析が可能となっている。

□このような診療実態が分析可能な急性期入院医療機関の大半は既にDPC/PDPSに参加していると考えられる一方で、それ以外の一般病床に係る診療内容の把握・分析については必ずしも十分に対応できているとは言えない。

□この一つの理由として、退院患者調査に参加していない(DPC 準備病院でもない)出来高算定の病院について、同様なデータを提出し分析する制度(枠組み)が明確でないことが一つの要因とも考えられる。

□この様な観点から、DPC制度に参加しない前提であっても、DPCフォーマットデータに相当する診療データの提出能力を有する医療機関について、何らかのインセンティブを付与しつつ、DPCフォーマットデータの提出を得て診療の内容について評価・分析できる何らかの枠組みの創設を検討すべきではないか。

DPC評価分科会報告

- 1.基礎係数設定のための医療機関群の具体化
- 2.機能評価係数Ⅰ・Ⅱの具体化(見直しや追加を含む)
- 3.算定ルール等の見直し
- 4.退院患者調査の見直し

今後の流れ

- ・診断群分類の見直し(DPC評価分科会)
2011年12月14日の段階では暫定値として傷病名数514、診断群分類数2572となっている。(ただし、副傷病名の分岐は含んでいない。)
- ・機能評価係数Ⅱの重み付け(中医協総会)