

平成24年度診療報酬改定の概要 (DPC制度関連部分)

厚生労働省保険局医療課

本日の説明内容

I．DPC制度の概要

II．平成24年度診療報酬改定について

I . DPC制度の概要

1. DPC/PDPS導入の経緯(1)

中医協(平成23年1月21日・総-3-1 抜粋)

- DPC制度(DPC/PDPS)は、平成15年4月、閣議決定に基づき、特定機能病院を対象に導入された、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度である。
- 制度導入前に実施された包括払い制度の試行において、同じ疾患であっても患者によって入院期間のばらつきが大きく、1入院当たりの包括評価制度と比較して1日当たりの包括評価制度の方が、在院日数がばらついていても包括範囲点数と実際に治療にかかった点数との差が小さいことや、1日単価を下げるインセンティブが存在すること等が示されたことから、在院日数に応じた1日あたり定額報酬を算定する、という現行のDPC/PDPSが導入された。
- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成24年4月1日見込みで1,505病院・約48万床となり、全一般病床の約53.1%を占めるに至っている。

(参考) DPC対象病院数の変遷

DPC対象病院数の変遷

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度対象病院(H15年4月)	0	0	0	0	1	81	82
平成16年度対象病院(H16年4月)	2	14	12	15	8	93	144
平成18年度対象病院(H18年4月)	6	30	47	71	46	159	359
平成20年度対象病院(H20年7月)	39	103	133	138	85	215	713
平成21年度対象病院(H21年7月)	130	259	261	231	135	262	1,278
平成22年度対象病院(H22年7月)	151	295	282	249	144	267	1,388
平成23年度対象病院(H23年4月)	163	313	295	257	148	271	1,447
平成24年度対象病院(H24年4月)見込み	181	335	301	265	149	274	1,505
(参考)全一般病院数 (平成22年医療施設調査)	3,174	2,343	779	574	298	419	7,587

DPC準備病院数の変遷

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成18年度準備病院(H18年7月)	38	88	75	62	49	59	371
平成19年度準備病院(H19年7月)	182	282	222	170	100	115	1,071
平成20年度準備病院(H20年7月)	185	259	165	114	61	59	843
平成21年度準備病院(H21年7月)	111	116	48	32	13	11	331
平成22年度準備病院(H22年7月)	112	88	31	21	6	8	266
平成23年度準備病院(H23年4月)	95	70	17	13	2	4	201
平成24年度準備病院(H24年4月)見込み	103	93	31	17	1	3	248

(参考) DPC算定病床数の変遷

DPC算定病床数の変遷(平成23年10月時点の病床数を表示)

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度対象病院(H15年4月)	0	0	0	0	424	66,073	66,497
平成16年度対象病院(H16年4月)	177	2,261	3,152	5,088	3,507	75,145	89,330
平成18年度対象病院(H18年4月)	429	4,701	11,892	24,479	20,343	114,551	176,395
平成20年度対象病院(H20年7月)	2,820	15,839	33,027	47,505	37,363	149,534	286,088
平成21年度対象病院(H21年7月)	8,915	39,127	64,908	79,136	59,544	178,594	430,224
平成22年度対象病院(H22年7月)	10,099	44,196	69,983	85,612	63,548	181,710	455,148
平成23年度対象病院(H23年4月)	10,869	46,708	73,212	88,320	65,189	184,064	468,362
平成24年度対象病院(H24年4月)見込み	11,994	50,078	74,571	91,071	65,606	186,219	479,539
(参考)全一般病院数 (平成22年医療施設調査)	117,401	193,471	111,474	140,441	101,826	239,008	903,621

DPC準備病院病床数の変遷(調査開始時の病床数で表示)

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成18年度準備病院(H18年7月)	2,670	13,472	18,403	21,080	21,523	36,909	114,057
平成19年度準備病院(H19年7月)	11,684	41,494	54,760	58,004	44,004	71,363	281,309
平成20年度準備病院(H20年7月)	11,563	37,366	40,793	39,151	26,940	36,429	192,242
平成21年度準備病院(H21年7月)	6,674	16,104	11,537	11,223	5,533	6,894	57,965
平成22年度準備病院(H22年7月)	6,904	12,473	7,265	7,018	2,498	5,249	41,407
平成23年度準備病院(H23年4月)	5,835	10,003	3,893	4,369	838	2,813	27,751
平成24年度準備病院(H24年4月)見込み	6,265	13,173	7,330	5,628	400	1,706	34,502

1. DPC/PDPS導入の経緯(2)

中医協(平成23年1月21日・総-3-1 抜粋)

(参考) 健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針(平成15年3月28日閣議決定)より抜粋

急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。

※ 「DPC」という呼称については、①診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度を意味する場合と、②患者分類としての診断群分類を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にするべきという指摘があった。

本来DPC (Diagnosis Procedure Combination)は②の意味で作られた略称であり、支払制度の意味は含まれない。

このため、支払制度としてのDPC制度の略称についてはDPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System)とすることで平成22年12月16日のDPC評価分科会において整理された。

2. DPC制度の対象

(1) 対象病院

平成24年度DPC対象病院の基準

- ① 一般病棟入院基本料等の7対1又は10対1入院基本料に係る届出
- ② 診療録管理体制加算に係る届出
- ③ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加
- ④ 上記③の調査において、適切なデータを提出し、調査期間1か月当たりの(データ/病床)比が0.875以上

※ DPC制度への参加を希望する病院は、DPC制度参加の届出を行う時点において、上記の基準をすべて満たしていなければならない。

2. DPC制度の対象

(2) 対象患者

- 一般病棟の入院患者
(療養病棟、精神病棟等の入院患者は対象外)
- 包括評価の対象となった「診断群分類」に該当した者
- ただし、以下の者を除く
 - 入院後24時間以内に死亡した患者、生後7日以内の新生児の死亡
 - 臓器移植患者の一部
同種心移植、生体部分肝移植、造血幹細胞移植、等
 - 評価療養を受ける患者
 - 一部の特定入院料等の算定対象患者
回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、
緩和ケア病棟入院料 等
 - その他厚生労働大臣が定める者(今回改定で新たに保険収載された手術等を実施する患者、高額薬剤を使用した患者等)

3. DPC制度における診療報酬

(1) 概要

【包括評価部分】

- 診断群分類毎に設定
- ・ 入院基本料
 - ・ 検査
 - ・ 画像診断
 - ・ 投薬
 - ・ 注射
 - ・ 1000点未満の処置 等

+

【出来高評価部分】

- ・ 医学管理
- ・ 手術
- ・ 麻酔
- ・ 放射線治療
- ・ 1000点以上の処置 等



【包括評価部分】

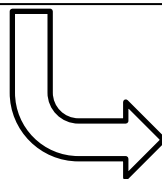
D P C 毎の
1日当たり点数

×

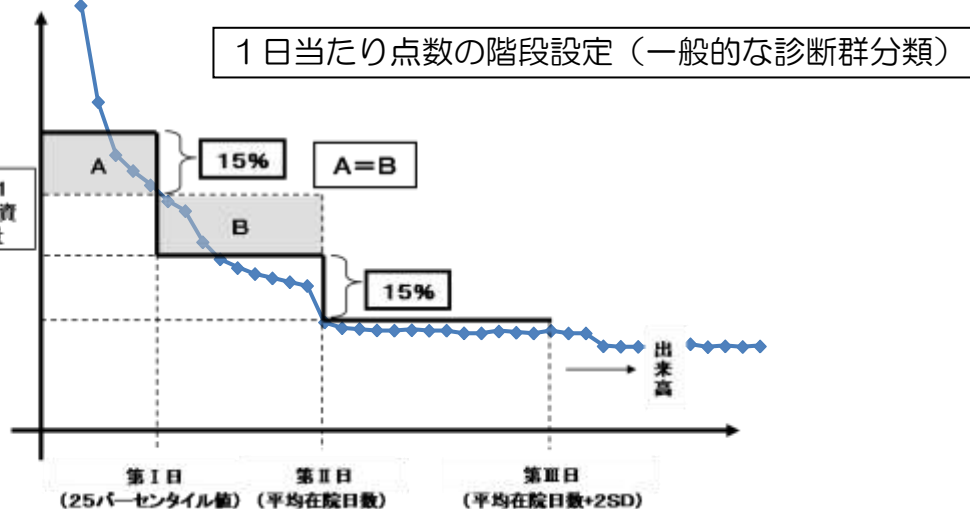
在 院 日 数

×

医 療 機 関 別 係 数

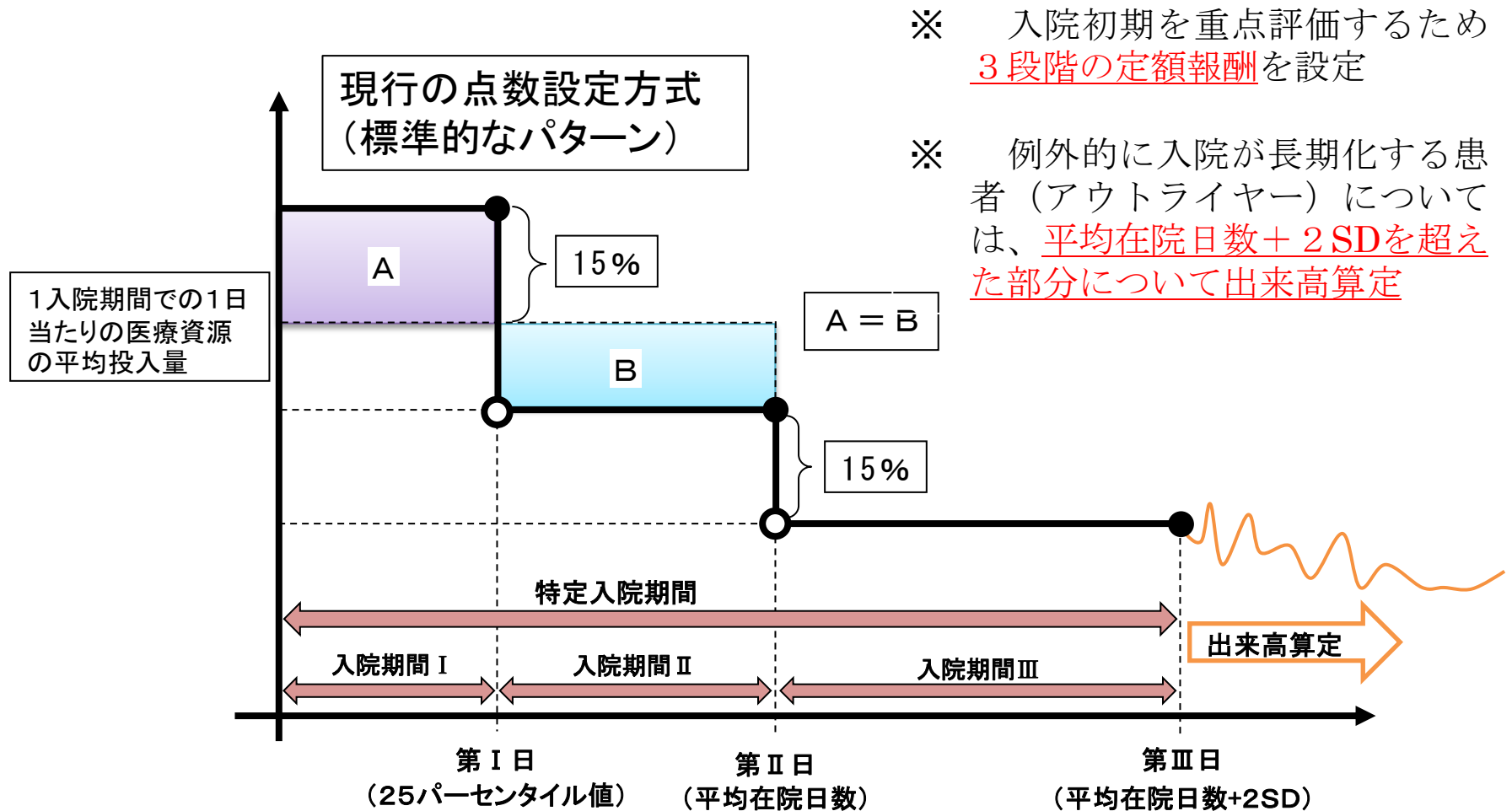


1入院期間での1
日当たりの医療資
源の平均投入量



3. DPC制度における診療報酬

(2) 診断群分類(DPC)点数表における1日当たり点数の設定方法



3. DPC制度における診療報酬

(3) 診断群分類(DPC)の基本構造

- 日本における診断群分類は、まず、医療資源を最も投入した傷病名により分類。

次に、診療行為(手術、処置等)等により分類。

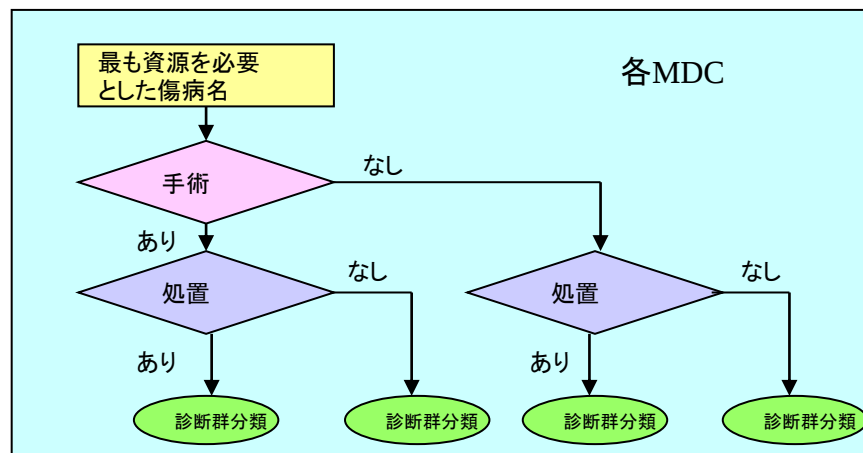
- 傷病名は、ICD10により定義
診療行為等については、診療報酬上の区分で定義

MDC18種※

ツリー 2,927(うち包括2,241)※

※平成24年度改定における数

わが国の診断群分類開発では、臨床家の思考方法に近い形で判断樹を作成していくことを基本的理念としている



平成22年10月から平成23年9月までの12か月間のデータを用いて点数設定

3. DPC制度における診療報酬

(4) 包括評価の基本的考え方①

(包括評価の基本原則)

適切な包括評価とするため、評価の対象は、バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性(類似性・代替性)のある診療行為又は患者群とする。

前提① 平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬(点数)を設定

- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目(包括範囲) 全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。
- 逆に、個別症例に着目した場合、要した医療資源と比べて高額となる場合と低額となる場合が存在するが、個別的には許容する必要がある(出来高算定ではない)。
- 一方、現実の医療の中では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、アウト라이어(外れ値)処理として除外等の対応を行う(後述)。

3. DPC制度における診療報酬

(4) 包括評価の基本的考え方②

前提② 包括評価(定額点数)の水準は出来高報酬制度における点数算定データに基づいて算出

- 制度設計に際し、包括評価(定額点数)のあり方や具体的な手法については様々な議論や検討がなされたが、
 1. 既存の出来高診療報酬体系で評価されていた医療機関の報酬体系の移行としてDPC/PDPSを発足させたこと、
 2. 既存の診療報酬体系と独立したコスト調査等の結果に基づく包括点数設定は現実的に困難なこと(データや評価体制が不十分)、等から、包括評価(定額点数)の範囲に相当する出来高点数体系での評価(点数)を準用した統計処理により設定する方式を採用している。

(※ 包括評価の設定は医療資源投入量を評価して設定すべき、という考え方から逆に見れば、出来高報酬制度における点数を医療資源投入量の近似値として使用(準用)している、と見ることもできるが、制度設計としては、出来高見合いの報酬(点数)設定が基本となっている。)
- このことから、包括評価(定額点数)の水準の是非についての議論は、DPC/PDPS単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる出来高点数体系での評価水準の是非に遡って検討する必要がある。

3. DPC制度における診療報酬

(参考) 実際の診断群分類(DPC)点数表(例示)

010060 脳梗塞	診断群分類番号	入院日 (日)			点数 (点)		
		I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
JCS	JCS00未満						
	手術						
なし	手術・処置等 1						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						
	なし						
なし	手術・処置等 2						

Ⅱ．平成24年度診療報酬改定 について(DPC制度)

平成24年度診療報酬改定における DPC制度に係る対応①

1. 今回の診療報酬改定における入院基本料等の見直し等については、従前からの診療報酬改定における取扱いを踏まえながら、DPC/PDPSにおいても、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の措置を講ずる。
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、今後段階的に基礎係数(包括範囲・平均出来高点数に相当)と機能評価係数Ⅱに置換えることとし、平成24年度改定において必要な措置を講じる。なお、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。

平成24年度診療報酬改定における DPC制度に係る対応②

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6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手法を導入する。
5. 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等、現行DPC/PDPSの算定ルール等に係る課題について必要な見直しを行う。
6. 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・評価するため、DPC対象病院の外来診療に係るデータの提出を求める。

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。

1. 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

入院基本料の改定を反映

改定率による報酬水準の補正
(改定の反映)

2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

(1) 基礎係数の導入と医療機関群の設定

- ① 制度創設時に導入した調整係数により設定される包括報酬部分(改定率の反映を含む)は、今後、段階的に基礎係数(直近の包括範囲出来高点数の平均に相当する部分)と機能評価係数Ⅱにより設定される包括報酬(それぞれ改定率を反映)に置換える。
- ② 基礎係数の設定は、役割や機能に着目した医療機関の群別に設定する。設定する医療機関群は「DPC病院Ⅰ群」、「DPC病院Ⅱ群」と「DPC病院Ⅲ群」の3群とする。
- ③ 「DPC病院Ⅱ群」は、一定以上の「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」の4つの実績要件を満たす病院とする(ただし、「医師研修の実施」について、特定機能病院は、満たしたものとして取扱い、宮城、福島及び茨城の三県については、平成22年度の採用実績も考慮し判定)。なお、各要件の基準値(カットオフ値)は、DPC病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

(2) 調整係数見直しに係る経過措置

- ① 円滑な現場対応を確保する観点から、平成22年度改定での機能評価係数Ⅱ導入と、その後に合意された基礎係数を含む医療機関別係数の最終的な設定方式を踏まえ、今後、改めて段階的・計画的な移行措置を実施することとし、平成24年度改定においては、調整部分の25%を改めて機能評価係数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。

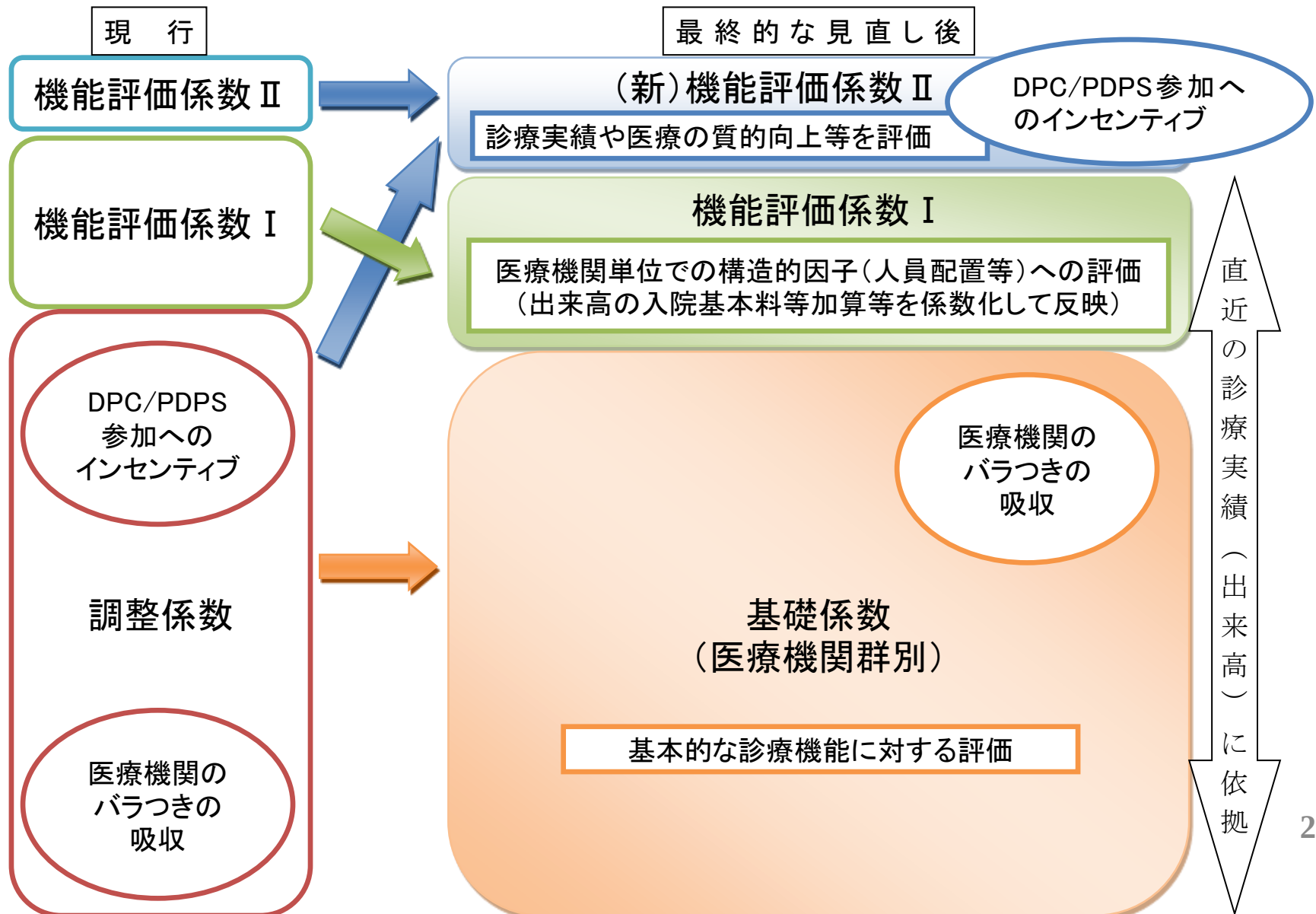
$$\begin{aligned} \text{〔医療機関Aの暫定調整係数〕} = & \\ & \left(\left[\text{医療機関Aの調整係数}(\ast) \right] \right. \\ & \quad \left. - \left[\text{医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数} \right] \right) \times 0.75 \\ \ast \text{ 「調整係数」は制度創設時(平成15年)の定義に基づく} \end{aligned}$$

- 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。

2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

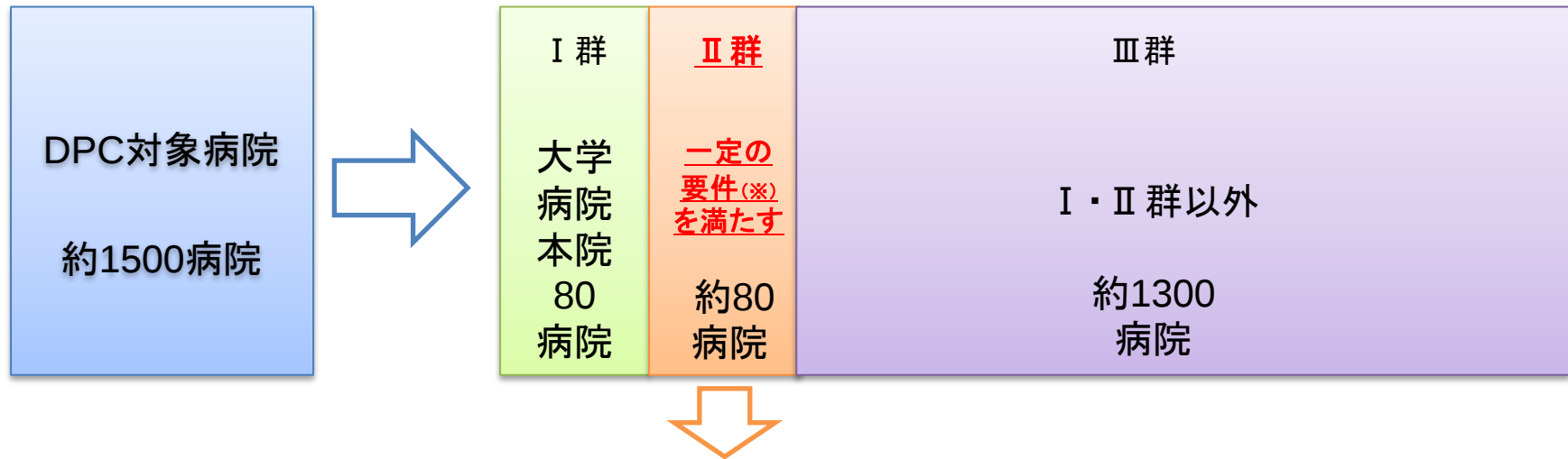
【イメージ図】DPC/PDPS調整係数見直し後の医療機関係数のあり方

平成23年1月21日
中医協総会 総-3-1



2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

基礎係数の導入と医療機関群の設定(DPC病院Ⅰ群～Ⅲ群)



DPC病院Ⅱ群の要件(以下の【実績要件1～4】を全て満たす病院)
(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)

実績要件(特定機能病院は実績要件2を除く)	
	各要件の具体的指標
【実績要件1】診療密度	○ 1日当たり包括範囲出来高平均点数(患者数補正後)
【実績要件2】医師研修の実施	○ 届出病床当たりの医師数(免許取得後2年目まで)
【実績要件3】 高度な医療技術の実施 ※右3つを全て満たす	○ 手術1件あたりの外保連手術指数(協力医師数補正後) ○ DPC算定病床当たりの外保連手術指数(協力医師数補正後) ○ 手術実施件数
【実績要件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)

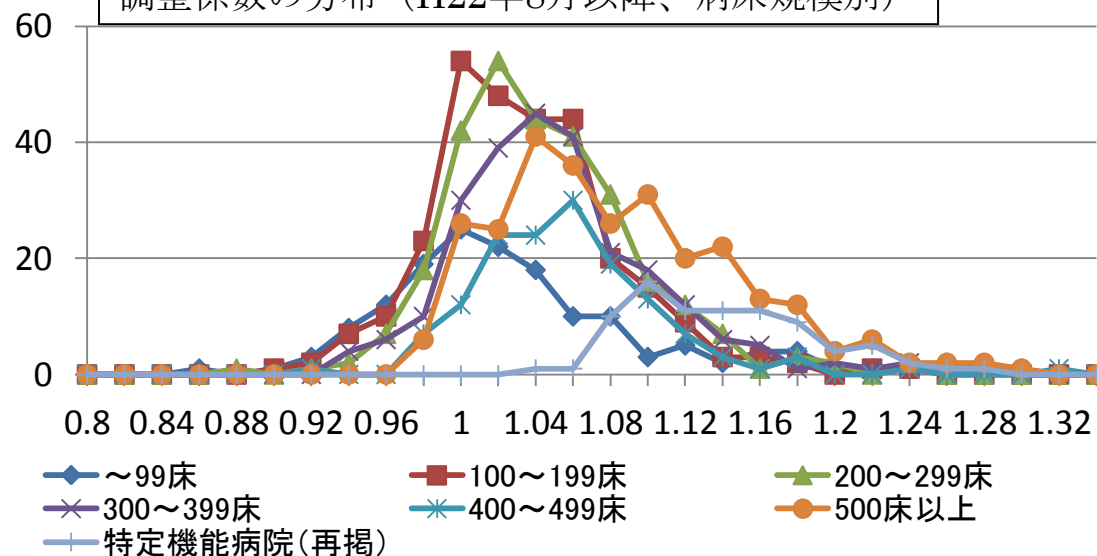
(参考) 調整係数の役割

平成23年1月21日
中医協総会 総-3-2

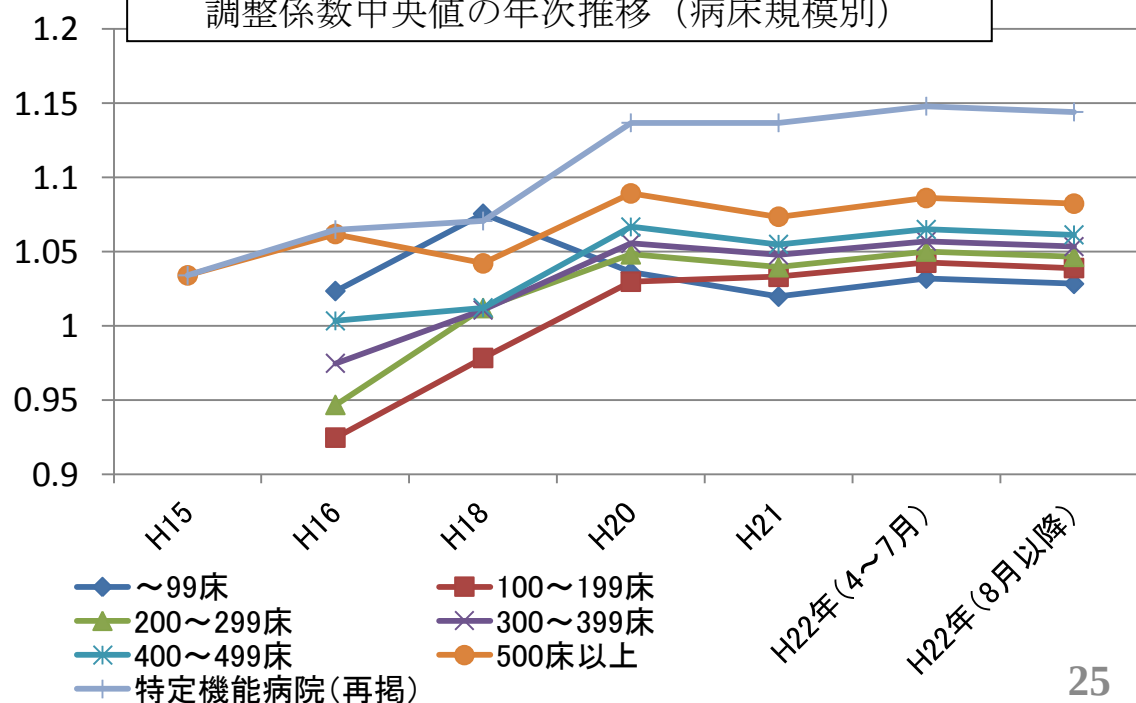
施設特性の反映

- 診療内容のバラつきが、施設の規模や施設の持つ診療特性との間で、一定の関連のあることが示唆されている。
例えば、特定機能病院は他の病院との比較で施設ごと調整係数が高い傾向にあり、これは概ね、平均的な診療密度（＝包括範囲に該当する出来高相当の平均診療報酬点数）の多寡に相当すると考えられる。
- 同様に、施設の病床規模に応じて調整係数の大きさが影響を受けていることから、施設のもつ体制や診療特性がこれらに何らかの形で反映されていることが示唆されている。

調整係数の分布（H22年8月以降、病床規模別）



調整係数中央値の年次推移（病床規模別）



(参考) 医療機関群別に基礎係数を設定する理由

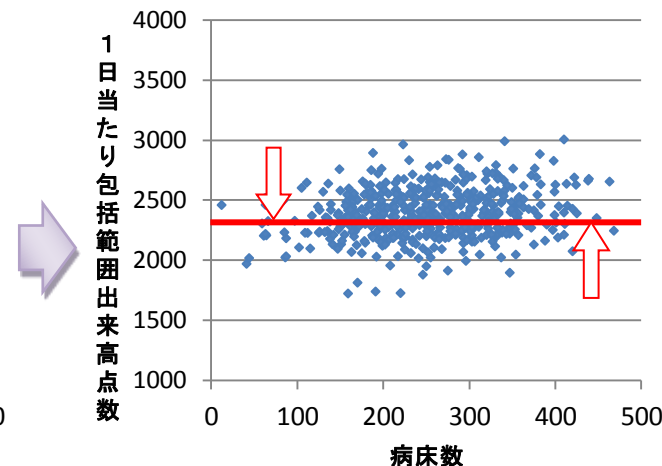
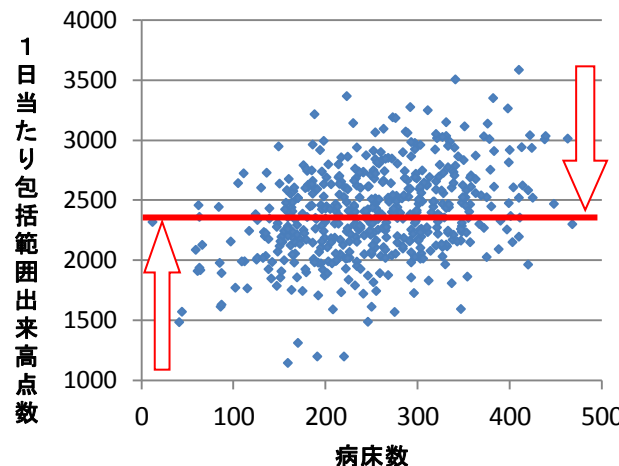
平成23年11月18日
中医協総会 総-2-2

同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになる。

例えば、より重症な患者への対応やより先進的な技術の実践といった、他の施設とは異なる機能や役割を担う医療機関に、他と同程度の効率化・標準化を求めることは、これらの役割や機能を担うインセンティブがなくなってしまう懸念がある。

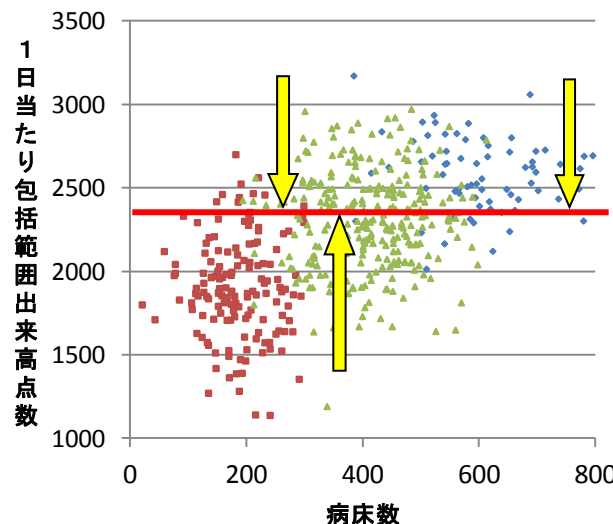
このような弊害に対応するため、一定の合理的な役割や機能の差が認められる医療機関について、基礎係数を分けて設定することが妥当と考えられる(医療機関群に対応した基礎係数の設定)。

<効率化・標準化の進展のイメージ>

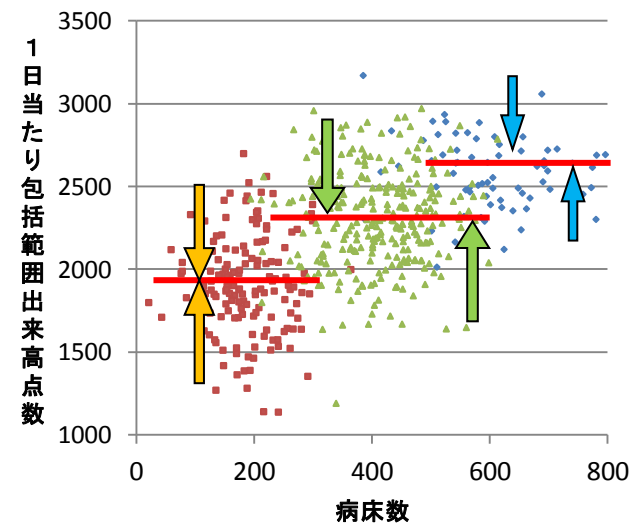


<基礎係数設定のイメージ>

【単一医療機関群】



【医療機関群ごと】

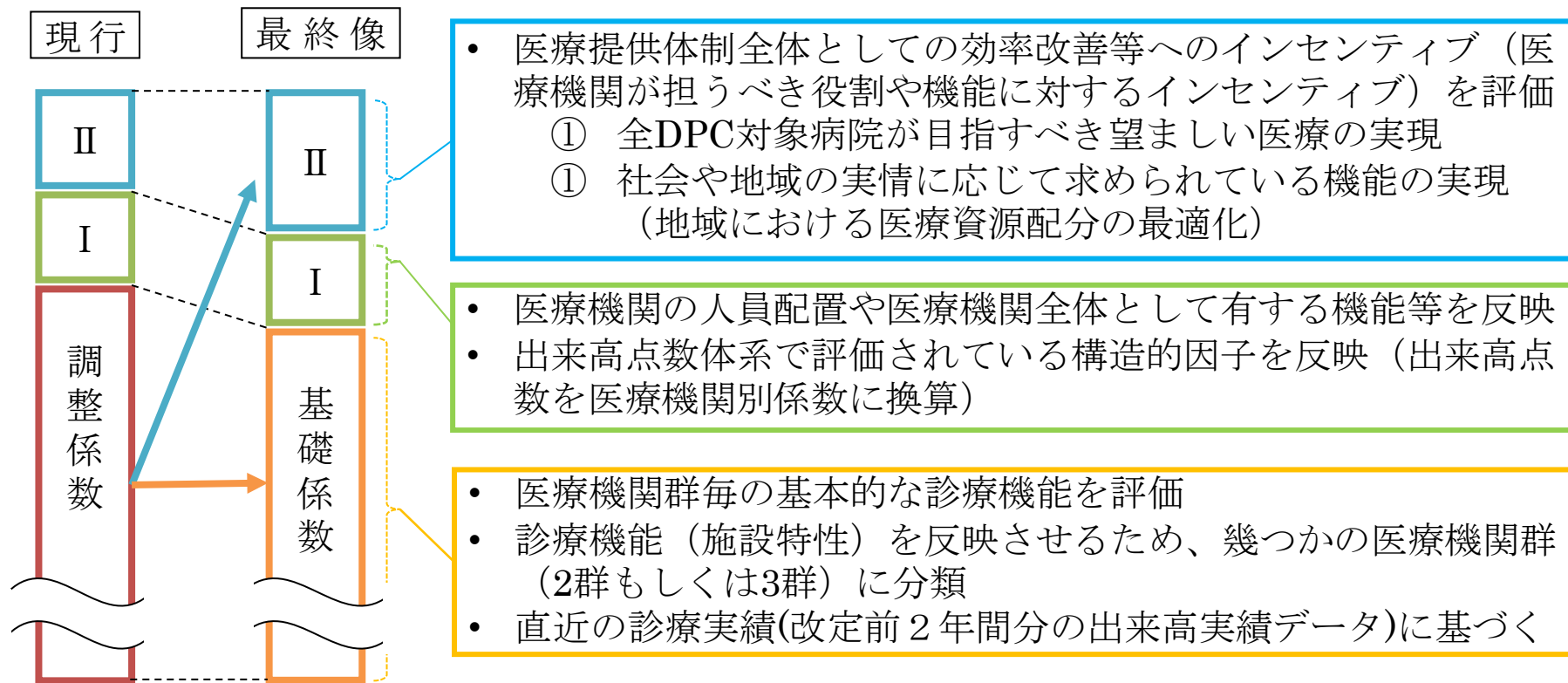


● 医療機関タイプA ■ 医療機関タイプB ▲ 医療機関タイプC

● 医療機関タイプA ■ 医療機関タイプB ▲ 医療機関タイプC

DPC/PDPSの定額報酬の算定における現行の調整係数について、今後の段階的な経過措置を経て、最終的に基礎係数と機能評価係数Ⅱに置き換える。この場合の基礎係数は、基本的な診療機能を評価した係数部分であり、直近の診療実績に基づき、1件当たりの平均出来高相当点数を算出評価する。

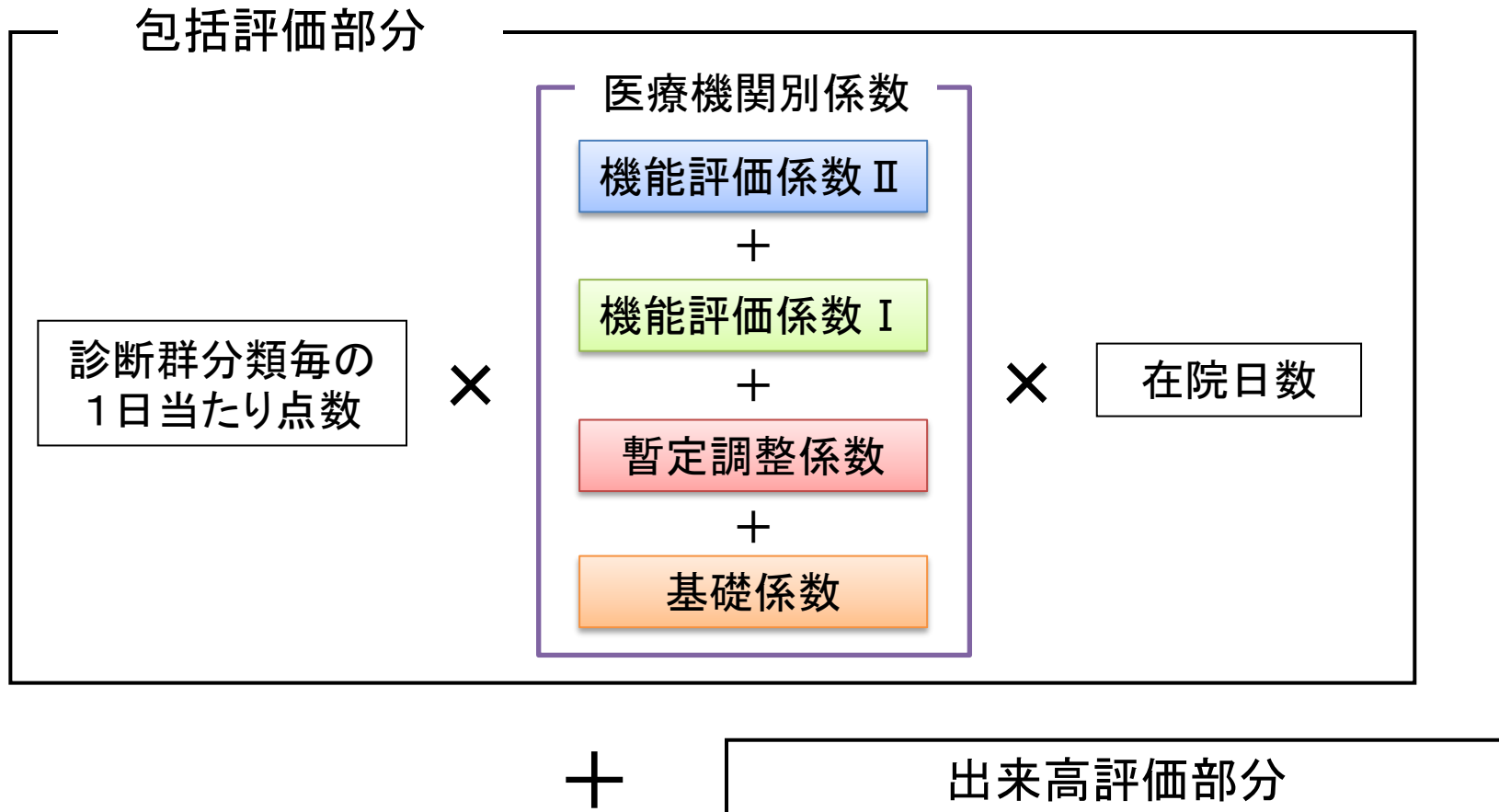
＜最終像のイメージ＞



基礎係数の設定については、DPC/PDPS参加病院の診療機能（施設特性）を適切に反映させるため、幾つかの医療機関群別に算出する定数値（当該医療機関群全体に係る1件あたり平均出来高点数に相当）とする。

2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

DPC制度における診療報酬の計算（平成24年度改定後）



【イメージ図】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(想定)

H28(想定)

H30(想定)

25%置換

50%置換

75%置換

移行完了

機能
評価
係数
Ⅱ

暫定調整係数

基礎
係数

基礎
係数

基礎
係数

基礎
係数

今後
の
改定

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

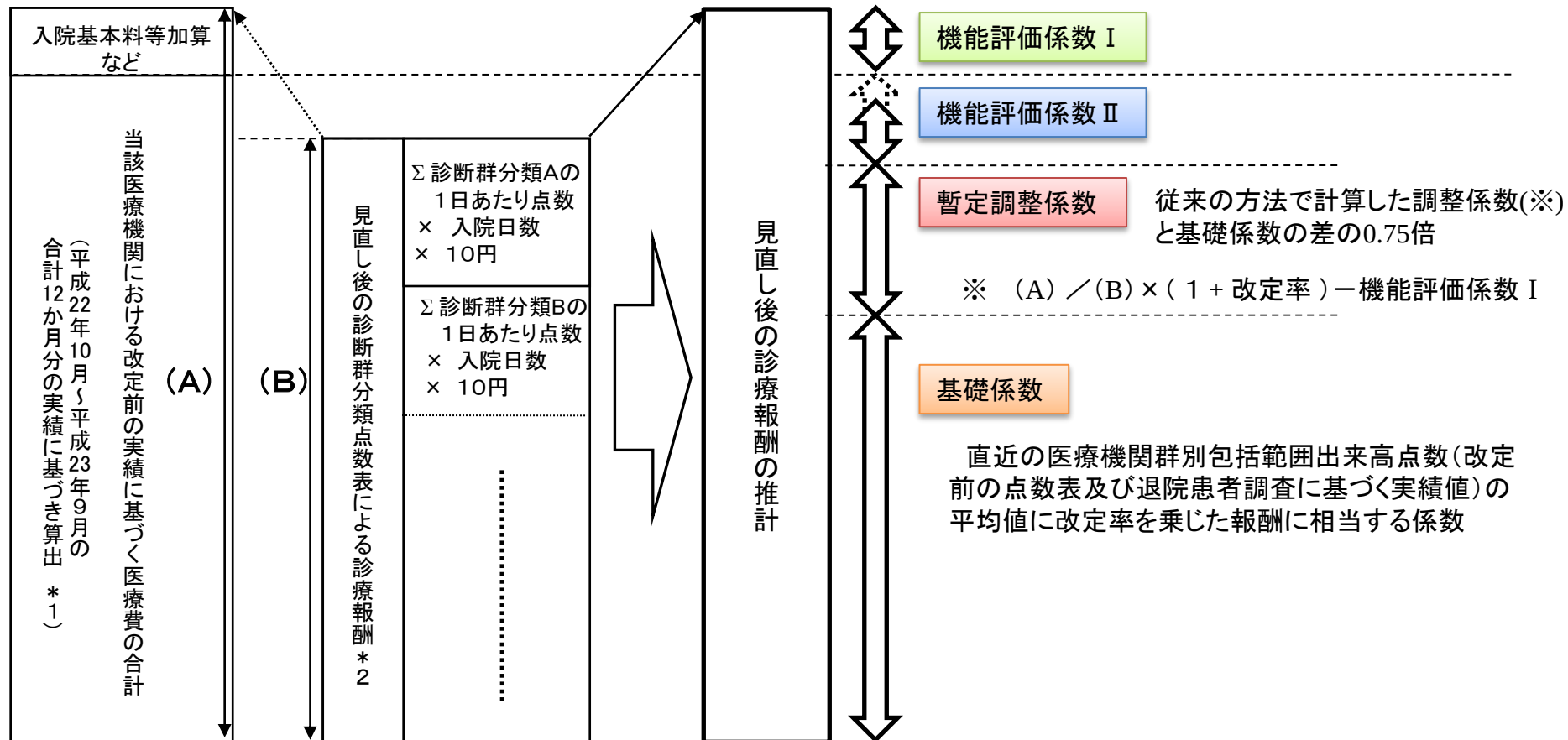
A~C
病院

※ 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

2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

医療機関別係数の設定方法等(平成24年度改定後)

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



*1 改定前の実績に基づく医療費の合計には、平成24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たもの。
今回改定では、改めて機能評価係数 II への移行を行ったことから、平成22年度改定以前(機能評価係数 II 設定前)の調整係数を使用して集計。

*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22年10月から平成23年9月の入院実績に基づき算出している。

3. 機能評価係数 I の見直し

- (1) 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 として係数設定する。
- (2) 従前の機能評価係数 I に加えて、「地域加算」「離島加算」(現行出来高評価)を機能評価係数 I として係数評価する。
- (3) 出来高報酬体系のデータ提出加算の新設に伴い、データ提出係数のうちデータ提出に係る評価部分を機能評価係数 I として整理する。
- (4) 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。

3. 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	条件を満たせば算定可能 (無色) DPC病棟では算定しないと考えられるもの	
入院基本料等加算				
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	A204-2 臨床研修病院入院診療加算	全員に加算
		A204 地域医療支援病院入院診療加算	A207-2 医師事務作業補助体制加算	
		A207 診療録管理体制加算	A230 精神病棟入院時医学管理加算	
		A243 後発医薬品使用体制加算	A230-2 精神科地域移行実施加算	
	看護配置 の評価	A207-3 急性期看護補助体制加算	A234 医療安全対策加算(+感染防止対策加算)	
		A213 看護配置加算		
		A214 看護補助加算		
	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	A229 精神科隔離室管理加算	
		A225 放射線治療病室管理加算		
	療養環境 の評価	A219 療養環境加算	A221-2 小児療養環境特別加算	
		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		
		A222 療養病棟療養環境加算		
A223 診療所療養病床療養環境加算				

機能評価係数Ⅰへ

患者個人毎に加算		条件を満たす
----------	--	--------

上記以外に、患者サポート体制充実加算、病棟薬剤業務実施加算、データ提出加算を機能評価係数 I とした。
なお、データ提出加算は機能評価係数 II のデータ提出係数との整理を合わせて実施(下記)。

<データ提出加算の整理イメージ>

改定前

機能評価係数 II
データ提出係数

②データの質の評価
(係数1/2相当)

①データ提出手順の評価
(係数1/2相当)

②データの質の評価

機能評価係数 II
データ提出係数

①データ提出手順の評価

機能評価係数 I
データ提出加算 1・2

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。
- (2) 現行の評価項目(6指数)のうち、地域医療指数、救急医療係数、データ提出指数について必要な見直しを行う。また、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数については、各医療機関群の特性に応じた評価手法を導入する。
- (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值・上限値及び評価値域の最小値を設定する。
- (4) 被災三県における診療実績に基づく指数(効率化指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数)は、震災前のみの実績も考慮し設定する。

4. 機能評価係数Ⅱの見直し

平成24年改定における調整係数見直しに係る基本方針(抜粋)

(3) 機能評価係数Ⅱ

平成23年9月7日
中医協総会 総-3-1

① 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
- 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(4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。

4. 機能評価係数Ⅱの見直し

機能評価係数Ⅱ見直しの概要

①データ提出指数

- ・現行のICD-10病名のコーディング評価に関して更なる精緻化を行う。

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

- ・「救急医療係数」を「救急医療指数」として引き続き評価する。

⑥地域医療指数

- (ア) 退院患者のデータを活用した地域医療への貢献について、地域で発生する患者に対する各病院の患者のシェアによる定量的評価を導入する。
- (イ) 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以下のような見直しを行う。(見直し後の項目のイメージは下記を参照)

<見直しのイメージ>

現行	平成24改定での対応	
地域医療への貢献 に係る体制評価 (現行7項目のポイント制)	地域医療への貢献に係る体制評価指数 (10項目、一部実績加味、上限値設定)	
	定量評価指数(新設)	(1)小児
		(2)上記以外

見直し後の体制評価指数(ポイント制)は以下の10項目とし、1項目最大1ポイント、合計7ポイントを上限値として設定する。また、各医療機関群の特性に対応して評価基準を設定する(次項参照)。

4. 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	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	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。 ① データ提出手順の評価 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(データ提出加算が新設されたため機能評価係数Ⅰとして整理⇒この分は今回改定より機能評価係数Ⅱには含まれない)。 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20%以上の場合に当該評価を0.05点・1年の間、減じる。(新たな減算基準の20%はこれまでの実績から改めて設定) 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 【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 ※ なお、DPC病院Ⅲ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。(機能評価係数Ⅰとして整理)
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. 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)											
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)の診断群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[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]											
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て評価)	以下の指数で構成する。 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10項目、詳細は次ページの別表2参照)。 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数(内訳)</th><th>評価に占めるシェア</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">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>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>1/4</td></tr> <tr> <td>1) 上記以外(15歳以上)</td><td>1/4</td></tr> </tbody> </table> 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。 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。	地域医療指数(内訳)		評価に占めるシェア	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	1) 上記以外(15歳以上)	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(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											
	1) 上記以外(15歳以上)	1/4											

4. 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(項目の位置づけ)＞

【考え方】4疾病5事業に係る関連事業のうち、特に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。

		医療連携体制	医療提供体制	対策事業等
● 4 疾 病	がん	②がん地域連携	⑧がん診療連携 拠点病院	③地域がん登録
	脳卒中	①脳卒中地域連携	⑨24時間t-PA体制	—
	急性心筋梗塞	—	—	—
	糖尿病	—	—	—
● 5 事 業	救急医療	—	④救急医療	—
	災害時における医療	—	⑤災害時における 医療 (+災害拠点病院)	⑩EMIS(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	—	—	—

赤字(下線):新規項目

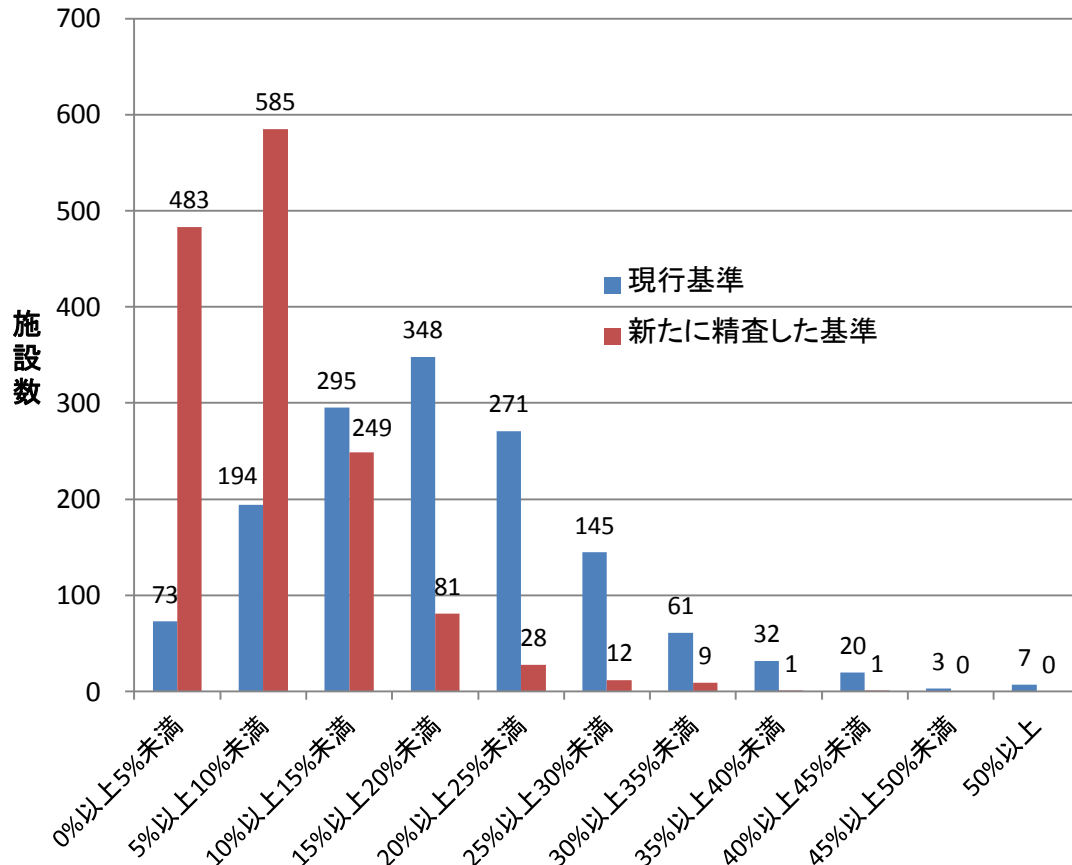
黄色:実績評価の要素を加味する項目

4. 機能評価係数Ⅱの見直し

データ提出係数における「部位不明・詳細不明コード」の見直し

平成24年1月25日
中医協総会 総-5-2

「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合



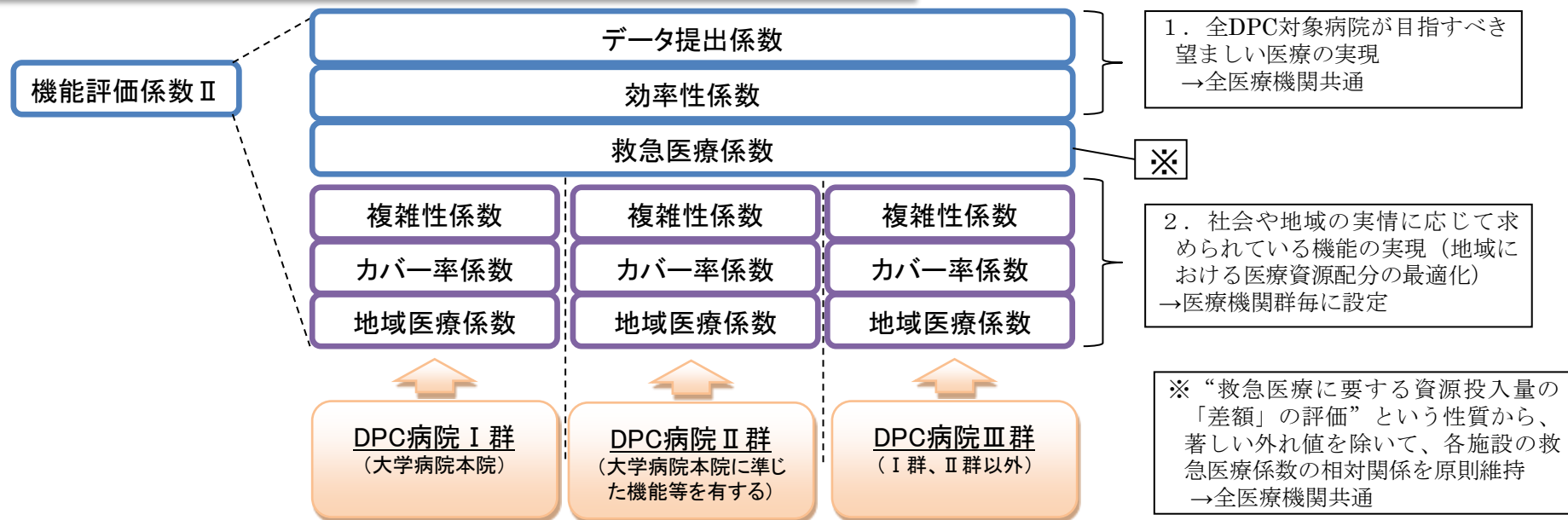
部位不明・詳細不明コードの割合
(平成22年7月～10月データで集計した場合)

	現行基準	新たに精査した基準
最小値	0.7%	0.0%
中央値	17.4%	6.8%
最大値	74.3%	42.2%
算術平均値	18.0%	7.8%

- ・ 現行基準(40%)は青の分布で約98パーセンタイル値に相当。
- ・ 新たに精査した基準では日常臨床でコーディングしうるものを全て除外している。
- ・ 新たに精査した基準(赤の分布)では95パーセンタイル値:18.3%、98パーセンタイル値:23%
- ・ 平成22年度改定での導入以降、より適正なコーディングが意識されていることも踏まえて、新基準は20%とする。

4. 機能評価係数Ⅱの見直し

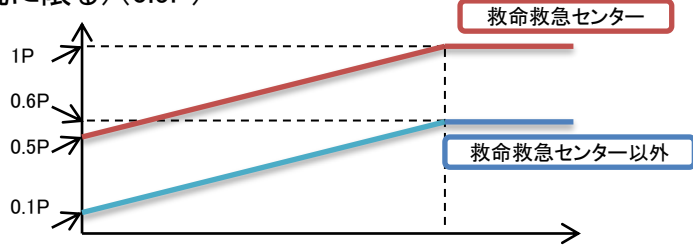
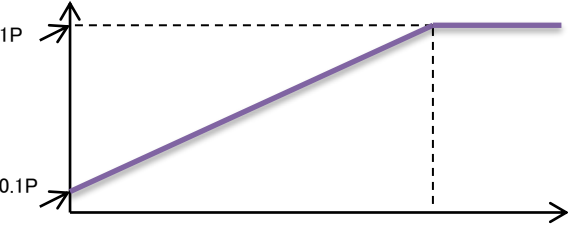
機能評価係数Ⅱと医療機関群の関係



地域医療係数における評価の相違		DPC病院Ⅰ群・Ⅱ群	DPC病院Ⅲ群
定量評価係数(患者シェア)における評価対象地域		三次医療圏	二次医療圏
体制評価指数における実績評価の加味		脳卒中地域連携・がん地域連携・地域がん登録・救急医療	地域がん登録・救急医療
体制評価指数における体制評価の方法	救急医療	救命救急センターを重点評価(2次救急医療機関も評価対象)	2次救急医療機関・救命救急センターのいずれかで評価
	災害医療	災害拠点病院の指定、日本DMATの指定をそれぞれ評価	災害拠点病院の指定、日本DMATの指定のいずれかで評価。
	周産期医療	総合母子周産期医療センターを重点評価(地域母子周産期医療センターも評価対象)	総合母子周産期医療センター、地域母子周産期医療センターのいずれかで評価
	がん診療連携拠点病院	都道府県がん診療連携拠点病院を重点評価(地域がん診療連携拠点病院も評価対象)	都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院またはそれに準じた病院のいずれかで評価。

4. 機能評価係数Ⅱの見直し

地域医療係数・体制評価指数(ポイント制)群別評価の概要(1)

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り評価。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]で評価(実績に応じて0~1P)	
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)  救命救急センター 救命救急センター以外 救急者来院後入院患者数(救急医療入院)	救急車で来院し、入院となった患者数(0.9P)  救急者来院後入院患者数

4. 機能評価係数Ⅱの見直し

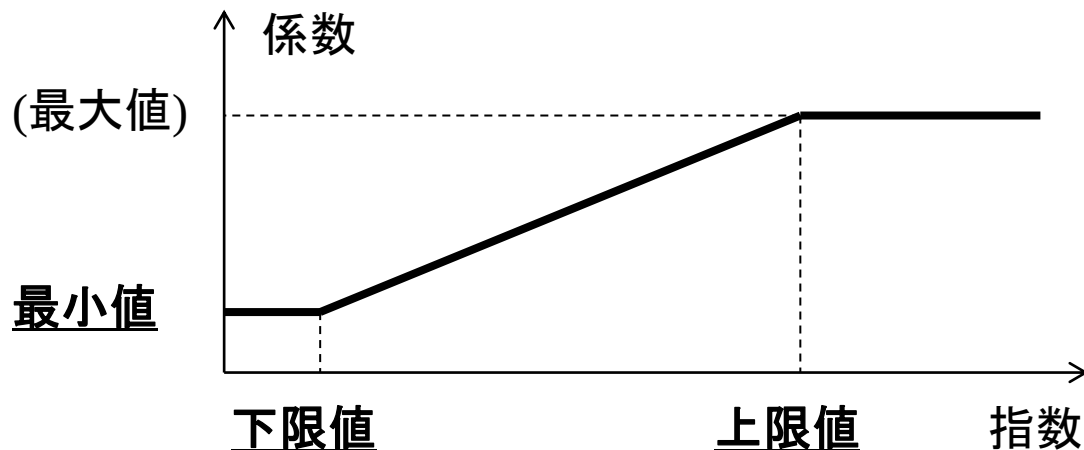
地域医療係数・体制評価指数(ポイント制)群別評価の概要(2)

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	「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がん診療連携拠点病院(新)	「都道府県がん診療連携拠点の指定」を重点的に評価(1P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」は0.5P - 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)	「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)	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)	

4. 機能評価係数Ⅱの見直し

機能評価係数Ⅱの係数化の方法

原則	指数の上限・下限	外れ値等を除外するため、原則97.5%タイル値、2.5%タイル値に設定(シェア等、値域が一定の範囲の場合は個別に設定)。	
	係数の最小値	0に設定。	
具体的な設定	指数		※備考
	上限値	下限値	
データ	(固定の係数値のため設定なし。)		※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では最小値を最大値の1/2とする ※2 報酬差額の評価という趣旨から設定
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	
カバー率	1.0	0	
救急医療	97.5%tile値	0 (※2)	
地域医療定量評価	1.0	0	
地域医療定性評価 (実績を加味する指標)	25%tile値 (0の施設を除く)	0	0



4. 機能評価係数Ⅱの見直し

定例報告

1. 概要

- 機能評価係数Ⅱのうち、地域医療指数（体制評価指数）については、DPC対象病院における各事業毎の10月1日時点の参加状況を各厚生局・都道府県に確認した上で、翌年度の評価に反映している。
- これまでの改定では、DPC対象病院から保険局医療課に報告された内容を、各厚生局において個別に確認して頂いていたところであるが、確認業務の円滑化を図るため、別途様式を定め、DPC対象病院及びDPC準備病院から「定例報告」として厚生局に届出を行ってもらうものとする。

2. 報告内容（案）

（1）施設基準の届出状況

- ①脳卒中地域連携（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）、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（B005-6がん治療連携計画策定料、B005-6-2がん治療連携指導料）
- ③24時間t-PA体制（A205-2 超急性期脳卒中加算）

（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（医療法許可病床数、DPC算定病床数）
- ②医師数（臨床研修医数）

5. 算定ルールの見直し

(1) 特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルール

化学療法を特定入院期間内に実施していないにも係らず、「化学療法あり」等の診断群分類により算定する場合は、当該化学療法薬は別途算定できないこととする。

(2) 診断群分類点数表の点数設定方法

特定の診断群分類について、在院日数遷延を防止する観点から、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間 I の点数に組込む設定を試行的に導入する。また、これらに合せて、DPC/PDPS対象施設数の増加や調査の通年化によるデータ数の大幅な増加と、今後の調整係数廃止に伴うより精緻な報酬設定等に対応するための定額報酬計算方式の整理と必要な見直しを行う。

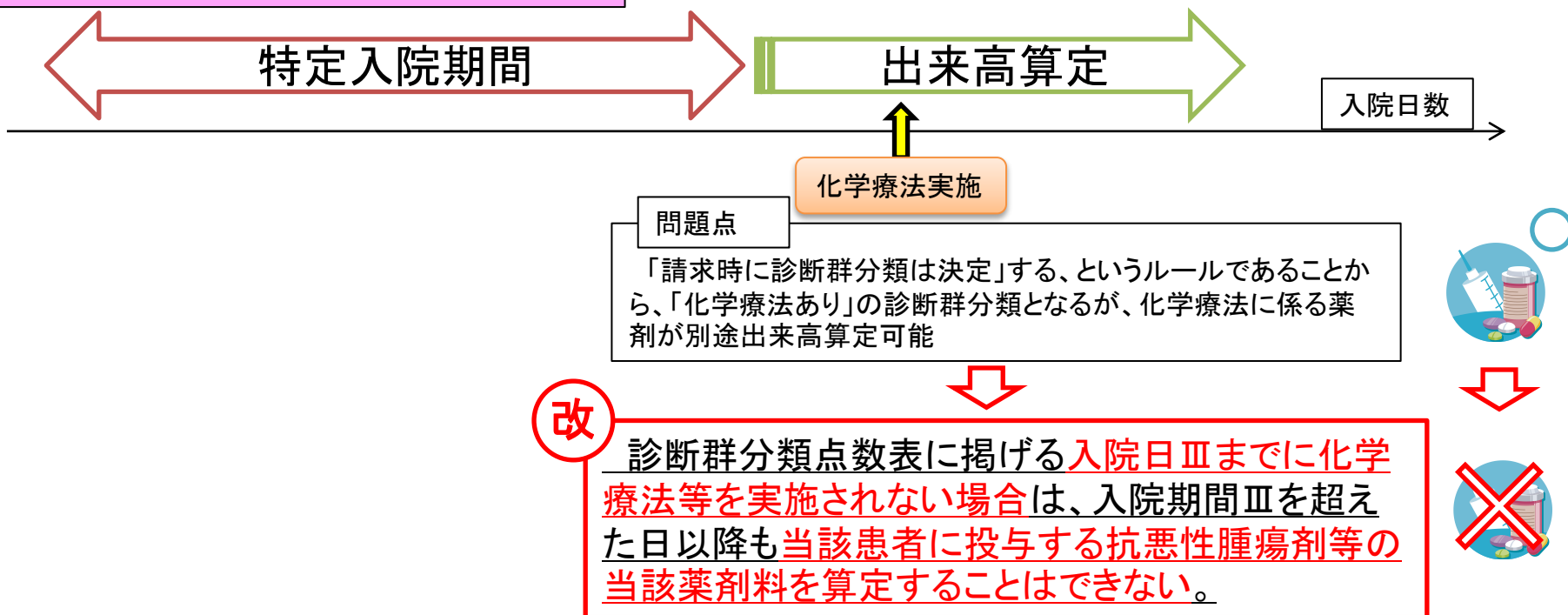
(3) その他

診断群分類点数表の適用患者の明確化と高額な新規検査等への対応を実施する。

5. 算定ルールの見直し

特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルールの見直し(1)

「化学療法あり」の診断群分類



<対象となる診断群分類>

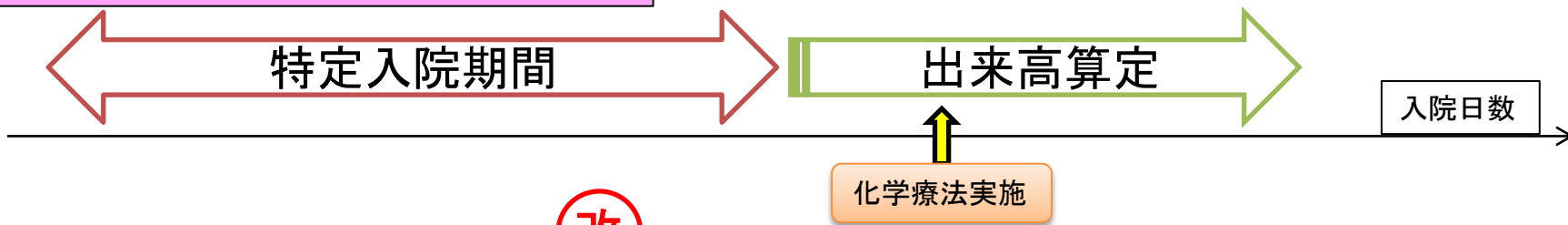
- ① 悪性腫瘍患者に対する化学療法に係る診断群分類
- ② ①以外であって、特定の薬剤名(成分名)を冠する診断群分類

(※悪性腫瘍患者以外の患者が含まれる)

5. 算定ルールの見直し

特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルールの見直し(2)

「化学療法あり」の診断群分類



改

診断群分類点数表に掲げる入院日Ⅲまでに化学療法等を実施されない場合は、入院期間Ⅲを超えた日以降も当該患者に投与する抗悪性腫瘍剤等の当該薬剤料を算定することはできない。



<対象となる診断群分類と算定できない薬剤>

① 悪性腫瘍患者に対する化学療法に係る診断群分類

悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤が算定不可(溶剤となる生理食塩水等を含む)。

② ①以外であって、特定の薬剤名(成分名)を冠する診断群分類

(※悪性腫瘍患者以外の患者が含まれる)

明示された薬剤(ただし、明示された薬剤以外の薬剤と併用療法とすることが添付文書等により医学的に明らかなものについては当該併用薬剤も含む。)が算定不可。

○それ以外の薬剤に係る薬剤料(例:糖尿病に係る薬剤料)については算定可能。

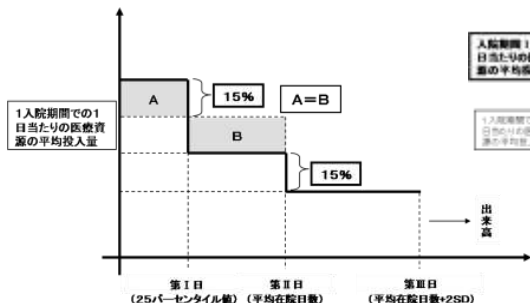
5. 算定ルールの見直し

診断群分類点数表の点数設定方法の見直し

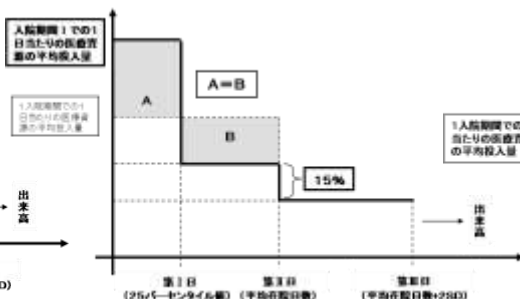
< 1日当たり定額点数・設定方式のポイント >

- 急性期入院医療における平均在院日数等のバラツキの実態（制度導入当時）を踏まえ、診療の効率化推進と早期退院インセンティブの度合のバランスから、一件あたり定額ではなく、一日あたり定額を採用
- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者（アウトライヤー）については平均在院日数+2SDを超えた部分について出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、4種類の点数設定パターンで対応

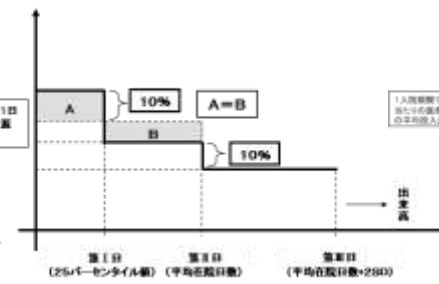
A 一般的な診断群分類



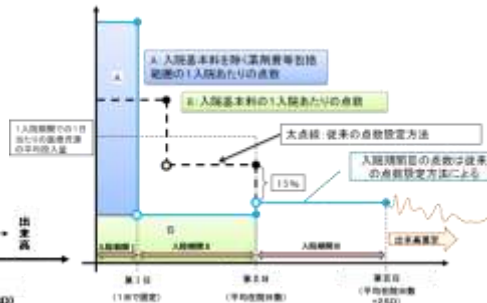
B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



D 高額薬剤に係る診断群分類(新規)



1. 経緯

- 高額な投薬や処置等を長期継続的に実施する疾患の患者が、その疾患とは直接関連のない他疾患の治療のためDPC病院に入院し、当該疾患を主病とした場合には、高額な薬剤費等が包括点数に十分に反映されていないとの指摘があった。このため、**HIV治療薬、血液凝固因子製剤(血友病等)、人工腎臓及び腹膜灌流(慢性腎不全)**については**出来高で算定**することとなった。
- 一方で、**抗がん剤**についても**同様の取扱いとするべき**ではないか、との意見があり、このことについてDPC評価分科会において検討を行った。

2. DPC評価分科会(平成21年12月24日)における検討

(1)分科会の議論において指摘された論点

①DPC病院における抗がん剤使用の実態

抗がん剤には多数の種類があり、また、注射薬、経口薬の違いもあることから、取扱いについては現場の使用実態も踏まえた慎重な検討が必要。

②他の薬剤との整合性

抗がん剤以外にも生物製剤等、高額な薬剤があることから、DPCにおける高額薬剤の取扱いに関する整理が必要。

③高額薬剤に関する対応の考え方

DPCにおいては、従来から抗がん剤などの高額薬剤の取扱いについて、診断群分類の精緻化などで対応しているが、その考え方が整理されていない。

(2)結論

この問題は、整理が必要であり、DPC制度の在り方そのものに関わることから、時間をかけて検討するべきとの結論になった。

5. 算定ルールの見直し

高額薬剤等の取扱いに係る今後の対応についての骨子

平成23年9月7日
中医協総会 総-3-2

1. 基本的な考え方

DPC/PDPSにおける薬剤・特定保険医療材料(以下「薬剤等」という。)について、長期継続的な投与を要する高額薬剤等を除き、包括評価とする**現行の原則は変更しないものの、新規高額薬剤等への対応に関する現行の取扱いについて改善**することとする。

2. 現行の取扱いの見直し

【(1)新規高額薬剤等への対応】

新規承認・効能追加となった高額な薬剤等について、次期診療報酬改定までの間、当該薬剤等を使用した患者を出来高算定とするいわゆる「平均+1SDルール」については、**判定基準の見直し**(緩和)及び出来高評価となる薬剤の適応効能・該当する診断群分類等対象の明確化を行う。

【(2)DPC(診断群分類)設定のあり方への対応】

高額薬剤に着目した DPCの分岐設定に当たって、分類が細分化され過ぎるとDPC制度創設の趣旨に反することから、**DPCの統合・分離を検討する際の基準(目安)を可能な限り明確化**する。

【(3)在院日数遷延への対応】

高額薬剤等を使用する際に、費用償還の観点から在院日数が長引くという不適切なインセンティブについて、**診断群分類点数表の点数設定方法を工夫**することで対応できないか今後検討する。

5. 算定ルールの見直し

高額薬剤等の取扱いに係る今後の対応・具体的な見直し

平成23年9月7日
中医協総会 総-3-2

① 新規高額薬剤等への対応 （“1SDルール”の見直し）	現行ルール （“1SDルール”）	見直し案
イ 判定基準	標準偏差 （平均＋1SD）	パーセンタイル （84パーセンタイル）
ロ 比較対象区分の見直し	● 適応症単位で該当するDPCを全て一括集計して判定	【該当する個別DPCが一定の範囲で特定出来る場合】 ● 個別DPC単位で集計して判定。 【該当する個別DPCが特定出来ない場合又は多数に及ぶ場合】 ● 全包括対象DPCの包括範囲薬剤費の84パーセンタイルを基準として判定。
ハ 包括から除外され 出来高評価となる DPC番号や適応症等 の明示	薬剤一般名称と日本語適 応症のみ告示	薬剤一般名称、日本語適応症の他に、 ICD-10コード、対象DPC番号（14桁）を 明示

6. 外来診療に係るデータの提出

外来診療における出来高点数情報を新たな調査項目として加える。
DPC病院Ⅰ群とDPC病院Ⅱ群の施設については提出を必須とし、DPC病院Ⅲ群の施設については、任意提出とする。なお、これらの対応と、データ提出加算の新設と合わせて、係数の取扱いについて整理する。

DPCフォーマットデータ提出の評価について

DPCフォーマットデータ提出の評価

- 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・評価するため、DPC対象病院ではない出来高算定病院についても、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を行う。

(新) データ提出加算1 (入院診療のみ提出)

イ(200床以上)100点、ロ(200床未満)150点(退院時一回)

(新) データ提出加算2 (入院診療と外来診療を提出)

イ(200床以上)110点、ロ(200床未満)160点(退院時一回)

※ DPC対象病院のデータ提出に係る評価(機能評価係数Ⅱ・データ提出係数の一部を含む)については、機能評価係数Ⅰとして当該評価との整合性を図りつつ整理

[施設基準]

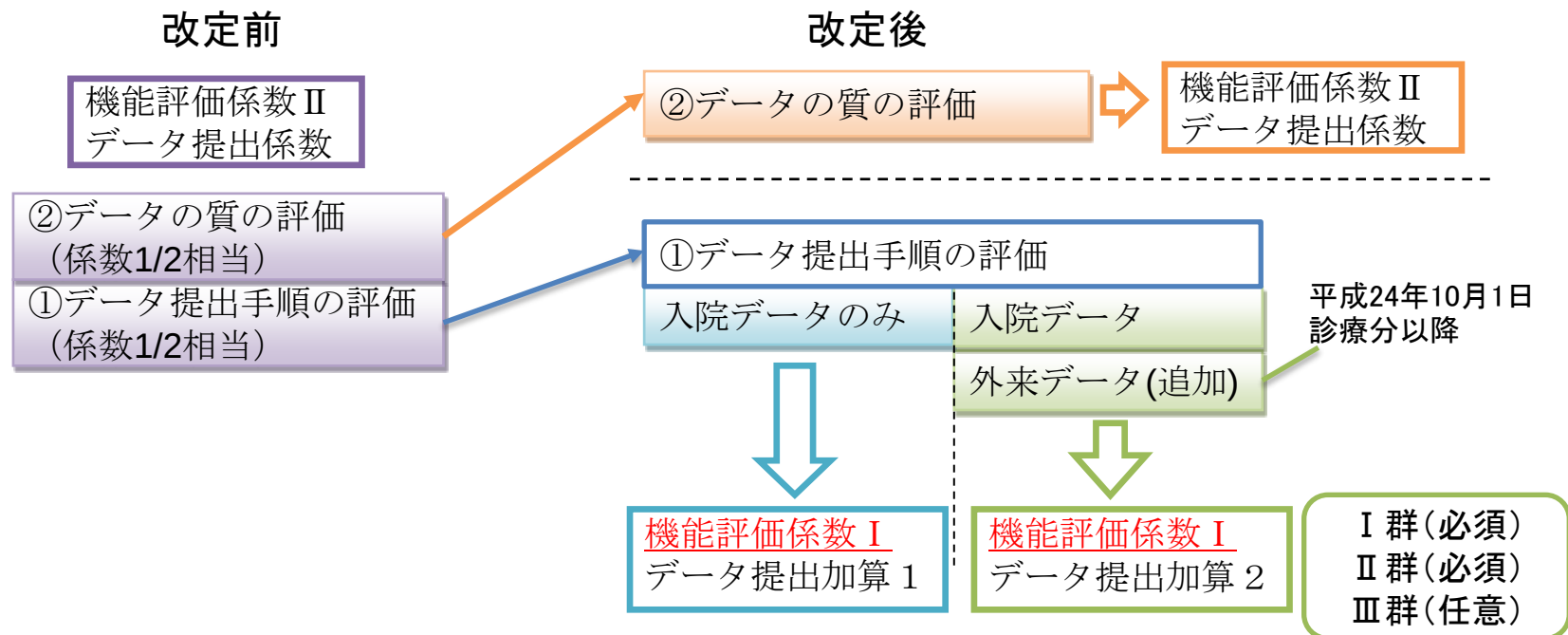
- (1) 7対1及び10対1入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料のみ)を算定する保険医療機関であること。
- (2) 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。(DPC対象病院以外の病院は、同等の診療録管理体制を有し、当該基準を満たすべく計画を策定している保険医療機関でも差し支えない。)
- (3) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる体制を有すること。また、調査事務局と常時連絡可能な担当者を2名指定すること。
- (4) 「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

[算定基準]

- データの提出(データの再照会に係る提出も含む。)に遅延等が認められた場合は、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。等

6. 外来診療に係るデータの提出

【イメージ図】データ提出加算の整理



外来データについて留意すべきこと

- 外来データの提出は平成24年10月1日診療分以降(詳細なスケジュール、仕様等は平成24年度調査実施説明資料を参照: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15>に掲載)。
- 外来データの提出は、DPC病院Ⅰ群・Ⅱ群は必須、DPC病院Ⅲ群は任意。

DPC対象病院が留意すべきこと

- 加算の算定にあたっては厚生局への届出が必要。
- 診断群分類点数表の適用患者は機能評価係数Ⅰで評価(別途出来高算定不可)。