人院柳的 1~3



O DPC/PDPS

調整係数の移行分のカバーが鍵に 機能評価係数IIに重症度係数が新設

DPC/PDPS (診断群分類別包括評価支払い制度)は、2012年度改定からI~III群の基礎係数、機能評価係数I·II、暫定調整係数の合計で医療機関別係数を算出する枠組みとなっている(図1)。今改定では、この枠組み自体に変更はないが、より的確に医療機関の取り組みを評価するため係数の見直しや新しい係数の導入などが行われた。

中でも医療機関の経営に大きな影響を及ぼすとみられるのが、調整係数の見直した。調整係数は、DPC制度を創設した際、円滑導入のため前年並みの収入を確保する目的で設定されたが、その役割を終えたとして2018年度改定での廃止が決まっている。調整係数は、から医療の効率化や地域医療への貢献度を評価する機能評価係数Ⅱと基礎係数に段階的に移行する措置が取られており、今改定では調整分の25%が移行し、

計75%が機能評価係数IIと基礎係数 に置き換わった(図2)。残りの調整部 分は、従来と同様に暫定調整係数とし て設定されている。

II群の病院数が大幅に増加

DPC対象病院は年々増えており、 2016年4月時点で1667施設、49万

5227床と、一般病床の約55%を占め るようになった。前年からは82施設増 え、1群病院が81施設(前年80施設)、 川群病院が140施設(前年99施設)、川 群病院が1446施設(前年1406施設)と なった。基礎係数は、1群が1.1354(前年1.1351)、川群が1.0646(前年1.0629)、 川群が1.0296(前年1.0276)とされた。

I群の大学病院本院並みの診療密度を 有する病院が対象となるⅡ群は、四つの 実績要件がI群の最低値(外れ値を除 く)よりも高い場合に該当する(図3)。 今回II 群病院が大幅に増加したのは、 大学病院並みの診療密度を有する病院 が増えたからだ。また、今改定でII 群 の選定要件が変更され、内科系に強み がある病院を中心に評価が高まったと みられる。従来II 群の実績要件3 「高度 な医療技術の実施」は外科手術実績の みで評価されてきたが、内科系学会社 会保険連合 (内保連) がまとめた熟練 を要する高度な内科診療実績も評価に 加えられた (図3)。

一方、機能評価係数Iは、今改定で 見直された診療報酬項目に基づいて新 たに評価された(図4)。

第111日は30の整数倍に

機能評価係数IIでは、重症度係数が 新たに導入されて評価軸は8項目になった(図5)。重症度係数は、従来の診断 群分類点数表では捉えきれない重症患

Point

訓整係数の75%が移行 調整係数の75%が基礎係数と機能評価 係数Ⅱに移行、残りは暫定調整係数に

2 ∥群の選定要件で内科も評価□群の選定要件に高度な熟練を要する内科診療実績の項目が追加

■症度係数が新設 機能評価係数∥に重症患者の診療を評価する重症度係数が導入

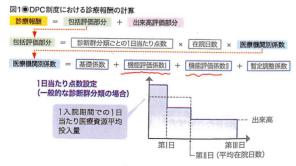
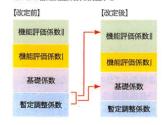




図2●調整係数の見直し

調整係数は、段階的に基礎係数と機能評価係数 | への置き換えを進める。今改定では、75%を基礎係数と機能評価係数 | に置き換え、残りの調整部分を暫定調整係数として設定。さらに | 法の | 表別を報酬を対象を担えて変動しないよう 東京 建筑 | ないよう 東京 建筑 | ないよう 東京 連絡 | 表別を調整する



者の診療を評価するもの。これまでは 調整係数が、医療資源の大量投入が必 要な重症患者の診療を評価する意味 合いがあった。しかし、調整係数は 2018年度改定で廃止されるので、重症 患者への対応機能を評価する指標とし

図4 今改定で変更された主な項目の機能評価 係数|

点数項目	機能計価係数
総合入院体制加算]	0.0582
総合入院体制加算2	0.0437
総合入院体制加算3	0.0291
医師事務作業補助体制加算1 (15対1~100対1)	0.0045~0.0266
医師事務作業補助体制加算2 (15対1~100対1)	0.0042~0.0248
夜間30対1急性期看護補助 体制加算	0.0097
夜間50対1急性期看護補助 体制加算	0.0085
夜間100対1急性期看護補助 体制加算	0.0049
夜間看護体制加算	0.0024
看護職員夜間12対1配置加算1	0.0194
看護職員夜間12対1配置加算2	0.0146
看護職員夜間16対1配置加算	0.0097
データ提出加算1(200床以上 の病院、200床未満の病院)	0.0037、0.0052
データ提出加算2(200床以上 の病院、200床未満の病院)	0.0040、0.0055

図3◎ || 群の選定要件の見直し (厚労省説明会資料より改変引用)

実績要件3に特定内科診療を追加。実績要件1~4について、|群(大学病院本院)の最低値(外れ値を除く)より高い医療機関を||群とする

【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					
【実績要件2】 医師研修の実施	許可病床1床当たりの臨床研修医師数 (基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目					
【実績要件3】高度な医療技術の実施 (<mark>6項目のうち5項目以上を満たす</mark>)	外保連試察 (3a) 手術実施症例1件当たりの外保連手術指数 (3b) DP(算定病床当たりの同指数 (3c) 手術実施症例件数 特定内科診療 (3A) 症例割合 (3B) DP(算定病床当たりの症例件数 (3C) 対象症例件数					
【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)					

て重症度係数が導入された。包括範囲 出来高点数と診断群分類点数との比が 指標で、包括範囲出来高点数が高いほ ど係数が高くなる。

そのほか今改定では、DPCの点数設定方法や算定ルールが見直された(32ページ図6)。その一つが、DPCの包括算定が終了する第III日の設定方法の変更。請求方法の複雑化を回避するため、従来の第III日に最も近い30の整数倍が新しい第III日となった。入院期間IIIの点数は、従来点数より「入

院期間IIIの1日当たり医療資源投入量の平均値」が低い場合、その値が採用される。

診断群分類点数表の見直しでは、患者の病態や重症度に応じて評価する手法である「CCPマトリックス」が脳梗塞、肺炎等、糖尿病の3疾患に試行的に導入された。CCPマトリックスは、患者の副傷病や手術・処置などの組み合わせによって医療資源必要度を精緻に評価する手法で、同様の医療資源必要度のものをグループ化できる。その結果、脳

図5◎機能評価係数||の係数の変更点

重症度係数を追加した8係数により評価。保険診療係数、カバー率係数、地域医療係数、後発医薬品係数について見直し

【保険診療係数

本院よりも機能が高い分院 (DP(対象病院)を持つ大学病院本院、II群の実績要件決定の際に外れ値 に該当した大学病院本院、精神病床を備えていないまたは医療保護入院、措置入院の実績のない大 学病院本院および||群病院において、それぞれ該当した場合に0.05点を減点。自院のウェブサイト上 でデータの集計値を公表した場合に0.05点加点 (2017年度以降の評価導入を検討)

【カバー率係数】

||群病院においては、最低値・最小値を30パーセンタイル値とする

地域医療係数】

・地域がん登録に関する評価を廃止し、医師主導治験や先進医療(いずれも10例以上)の実施といった高度・先進的な医療の提供体制に対する評価項目を追加(2017年度より)。

【後発医薬品係数】

数量ベースで70%を評価上限とする

【重症度係数

診断群分類点数表で表現しきれない患者の重症症の乖離率を評価。当該定数機関における「包括範囲出来高点数」/「診断群分類点数表に基づく包括点数」を評価する(ただし救急医療係数で既に評価されている教急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外)

梗塞では診断群分類が1584分類に上 るが、支払い分類は7分類にまとめられ る。厚労省は分類の精緻化・簡素化を 進めており、今後CCPマトリックスの適 用が広がる可能性がある。

係数1・11を高める取り組み重要に

実際の病院のデータを見ると、調整 係数の低下を機能評価係数1やⅡでい かに補うかが重要な経営テーマになる

図6●点数設定方法・算定ルールの主な見直し内容

- 【第川日の設定方法と点数設定の見直し】包括算定が終了する第川日を、従来の「平均在院日数+25D」に最も近い300整数倍とする。入院期間川の点数設定は基本的には現行の「入院期間川の点数から15%(一部は10%)引いた値」とするが、「入院期間川の1日当たり医療資源投入量の平均値」の方が低い場合はその値を採用する。
- 【一入院の請求方法の統一】DPC対象病棟に入院中は、診断群分類点数表に基づく算定と医科点数表に基づく算定が混在しないよう、一入院で統一する
- [(【『アマトリックスの導入] 診断群分類点数表の脳梗塞、肺炎等、糖尿病について(【Pマトリックスを導入し支払い分類を精緻化・簡素化する
- 【7日以内再入院の取り扱いの見直し】再入院の契機となった病名に「分類不能コード」を用いた場合は同一病名での入院による一連の入院として取り扱う
- ●【コーディング体制の見直し】コーディング委員会の開催回数の要件を年2回から年4回に引き上げる
- [退院患者調査の見直し] 重症度、医療・看護必要度に関するHファイルを導入

表1⑥愛仁会グループの各病院における医療機関別係数の変化

	千船病院		高機病院		明石医療センター		井上病院	
	2015 年度	2016 年度	2015 年度	2016 年度	2015 年度	2016 年度	2015 年度	2016 年度
医療機関群	川群	群	Ⅲ群	Ⅲ群	川群	Ⅲ群	Ⅲ群	川群
基礎係数	1.0276	1.0296	1.0276	1.0296	1.0276	1.0296	1.0276	1.0296
暫定調整係数	0.0546	0.0230	0.0480	0.0212	0.0672	0.0254	0.0894	0.0358
機能評価係数Ⅰ	0.2613	0.2754	0.2844	0.2980	0.2610	0.2805	0.0769	0.0916
機能評価係数Ⅱ	0.0526	0.0646	0.0534	0.0763	0.0476	0.0668	0.0400	0.0427
医療機関別係数	1.3961	1.3926	1.4134	1.4251	1.4034	1.4023	1.2339	1.1997
医療機関別係数の前年差	-0.0035		0.0117		-0.0011		-0.0342	

表2⑩愛仁会グループの各病院における機能評価係数||の変化

		千船庙院		高機病院		明石医療センター		井上病院	
		2015 年度	2016 年度	2015 年度	2016 年度	2015 年度	2016 年度	2015 年度	2016 年度
保険診療係数		0.00730	0.00806	0.00730	0.00806	0.00730	0.00806	0.00730	0.00806
3	効率性係数	0.00794	0.00985	0.00898	0.00938	0.00929	0.01091	0.00000	0.00000
1	复雑性係数	0.00539	0.00472	0.00493	0.00525	0.00700	0.00715	0.01252	0.01294
カバー率係数		0.00734	0.00896	0.00850	0.01376	0.00782	0.01143	0.00577	0.00292
救	救急医療係数		0.00905	0.00639	0.00893	0.00463	0.00627	0.00000	0.00009
	体制評価	0.00446	0.00506	0.00446	0.00506	0.00275	0.00316	0.00190	0.00220
地域 医療 係数	定量評価 (小児)	0.00047	0.00054	0.00353	0.00420	0.00083	0.00120	0.00000	0.00000
	定量評価 (その他)	0.00022	0.00024	0.00150	0.00180	0.00145	0.00170	0.00014	0.00018
	at a	0.00514	0.00585	0.00950	0.01106	0.00503	0.00606	0.00204	0.00237
後発医薬品係数		0.01163	0.01058	0.00780	0.01058	0.00655	0.01058	0.01241	0.01058
重症度係数			0.00750		0.00925		0.00635		0.00577
合計		0.0526	0.0646	0.0534	0.0763	0.0476	0.0668	0.0400	0.0427

と考えられる。

表1は、「急性期入院」の章で紹介した愛仁会グループのDPC病院における 医療機関別係数の改定影響度をまとめ たもの。いずれの病院でも暫定調整係 数が前年度の2分の1以下と大幅に低 減している。4病院の中では高槻病院 のみが機能評価係数1やIIで調整係数の 低下分を穴埋めして医療機関別係数の 前年差がブラス00117となった。

高槻病院の機能評価係数IIの中身を詳しく見ると、カバー率係数と救急医療係数が前年度に比べて大幅に増加している(表2)。「高槻病院では、手薄な診療科を強める、救急医療管理加算をしっかり取れるよう運用を見直すなどの取り組みを行ってきた」と愛仁会の松原正明氏は話す。同院は救急センター、終合周産期母子医療センター、外科、脳神経外科など様々な診療部門を持つ急性期病院だが、手薄だった診療機能を高めるために不整脈センターを2015年6月に開設した。

救急医療に関しては、近隣の病院の 救急応需体制が弱くなったため同院の 救急搬送数が増加。加えて、重症の救 急患者が入院しても救急医療管理加算 の算定につながらないケースが少なくな かったので、看護師による重症患者の 判定基準を標準化して確実に算定でき るようにした。これは救急医療管理加 算の算定患者を評価対象とする救急医 療係数のアップにつながる取り組みだ。

また、高槻病院はほかの3病院に比べて重症度係数が0.00925と高かったことも医療機関別係数のプラスに影響した。III 群の重症度係数の平均値と比較しても高かった。



○ 急性期後·回復期入院

急性期から地域包括ケアへの移行進める回復期ではリハビリ実績に基づく評価も

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」(以下、看護必要度)の見直しにより、7対1一般病床の絞り込みがさらに進むとみられる一方、急性期後や回復期を担う病床については評価の充実が図られた。新しい7対1一般病棟入院基本料の基準を満たせない病棟の転換先として有力視される地域包括ケア病棟では、要件が実質的に緩和。今後、7対1からの移行が加速しそうだ。

大病院は届け出病棟数に制限

前回の改定で新設された地域包括 ケア病棟入院料・入院医療管理料では、包括されていた手術や麻酔にかかる費用を出来高算定できるようになった (図1)。点数は据え置かれたため、手術を行った場合は増収となる。施設基準も見直され、看護必要度については該当患者が「A項目1点以上」から「A項 目1点以上またはC項目1点以上1に改められ、基準は10%に据え置かれた。 実質的な要件緩和といえる。

ただし、大病院などでは届け出病棟数が制限された。許可病床数500床以上の病院や、「救命救急入院料」などを届け出ている病院では、地域包括ケア病棟入院料の届け出は1病棟に限られた。背景には、急性期を担う病院と急性期後・回復期を担う病院の機能分化を進めたいという厚労省の狙いがある。

改定を受け、7対1一般病棟を持つ 中小病院では、地域包括ケア病棟への 転換を検討する動きが強まっている。

「上尾中央医科グループの医療法人哺育会・白岡中央総合病院(埼玉県白岡市、256床)もその一つ。同院はDPC/PDPS(診断群分類別包括評価支払い制度)の対象である7対1病棟3病棟、障害者病棟、回復期リハビリテーション

病棟で構成。シミュレーションでは改定 後の看護必要度が7対1病棟全体で20 ~23%程度となり、「25%以上」の要件 を満たすことが難しい見通しのため、重 症患者を2病棟に集約した上で病棟を 再編することを検討している。7対1と 10対1の病棟群単位の届け出や回復期 リハビリ病棟への転換などが選択肢に 挙がるが、最も有力なのは地域包括ケ ア病棟への移行だという。

同院のDPC病棟では、DPCの入院期間IIを超える患者が年間で延べ約1万人いた。1病棟を地域包括ケア病棟に転換し、入院期間IIを超えた患者を転棟させた場合の収入シミュレーションを行ったところ、年間約1000万円の増収が見込めた(34ページ図2)。

「実際に転換した場合、看護必要度 やリハビリ単位数なども考慮する必要 があるが、症状が安定した患者を地域

Point

1 地包ケア病棟の手術が出来高に 手術・麻酔が入院料の包括範囲から除外。7対1や10対1からの移行を促す

2 リハビリの改善実績を評価 リハビリの改善実績が一定水準を下回る 場合、疾患別リハビリ料が一部包括化

専従医師の外来診療が可能に 体制強化加算の下位ランクが新設。要 件を満たせば病棟外業務が可能に 図1 ◉地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直しのポイント

・施設基準の見直し

- ・一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について、該当患者の基準として「A項目」点以上の患者が10%以上」が「A項目1点以上または(項目1点以上の患者が10%以上」に
- 入院料」の算定要件である在宅復帰率について、「在宅復帰機能強化加算」を算定する有床診療所への退院も自宅等に退院した患者割合に含められるように。在宅復帰率の基準は70%に据え置き
- ・包括範囲の見直し
- ・入院料の包括範囲から手術、麻酔にかかる費用を除外

届け出病棟数の制限

・許可病床数500床以上の病院、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院 医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料を届け出ている病 院にいては、届け出を1病棟に制限(2016年1月1日時点で2病棟以上届け出ていた病院は病棟 を維持可能)



DPC/PDPS

機能評価係数 II アップが大幅増収に寄与

POINT

- ◎調整係数の置き換えが完了 基礎係数・機能評価係数||の比重高まる
- ●激変緩和係数が新設 激変緩和措置は改定年度のみに
- ●後発医薬品・重症度係数が廃止 後発品の使用状況は機能評価係数1で評価

DPC/PDPS (診断群分類別包括評 価支払い制度)では、2012年度診療報 酬改定から進められてきた調整係数の 置き換えが完了した。

DPC/PDPSの診療報酬は、包括評 価部分と出来高評価部分からなる。包 括評価部分は、診断群分類 (DPC) ご とに決められた1日当たり点数に在院日 数と医療機関別係数を乗じて算出する。 これまで、医療機関別係数は三つの医 療機関群に応じた基礎係数と機能評価 係数」、機能評価係数11、暫定調整係 数を合算していたが、暫定調整係数に 相当する部分が基礎係数と機能評価 係数Ⅱに置き換えられた(図1)。

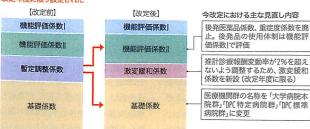
暫定調整係数は、推計診療報酬の 変動幅が前年度比で2%を超える「激 変」となる場合に、その変動を2%以内 に収めるために設定されていた。調整 係数の置き換えが完了し、暫定調整係 数を設定できなくなると、前年度比2% を超える推計診療報酬の激変が生じ得 る。そこで、今回の改定では激変緩和 係数が新設された。ただし、激変緩和 係数は改定年度のみの措置となる。今 年度に激変緩和係数を設定された病院 は全国で98施設あった。

機能評価係数IIは軒並みプラスに

今回の改定では、基礎係数における

図1●医療機関別係数の見直し

2012年度診療報酬改定以降、段階的に進めてきた暫定調整係数の基礎係数、機能評価係数 ||への置き 換えは、今改定で完了した。前年度比の推計診療報酬の激変に対応するため、新たに激変緩和係数が



医療機関群の名称が変更され、改定前 のⅠ群は「大学病院本院群」、Ⅱ群は 「DPC特定病院群」、III群は「DPC標 準病院群 | となった (図1)。

2018年4月時点のDPC対象病院は 前年度比66施設増の1730施設。内訳 を見ると、大学病院本院群は前年度と 変わらず82施設、DPC特定病院群は 15施設増の155施設、DPC標準病院群 は51施設増の1492施設だった。

基礎係数は大学病院本院群が1.1293 (前年度比-0.0061)、DPC特定病院群 が1.0648 (同+0.0002)、DPC標準病院

図2◎機能評価係数1のうち、今改定で新設・ 変更された主な項目

点数項目	機能評価係数
急性期一般入院料1	0.1000
急性期一般入院料2	0.0884
急性期一般入院料3	0.0614
急性期一般入院料4	0.0212
急性期一般入院料5	0.0174
急性期一般入院料6	0.0096
急性期一般入院料7	0.0000
医師事務作業補助体制加算1 (15対1~100対1)	0.0068~0.0318
医師事務作業補助体制加算2 (15対1~100対1)	0.0065~0.0297
看護職員夜間12対1配置加算1	0.0240
看護職員夜間12対1配置加算2	0.0189
看護職員夜間16対1配置加算1	0.0139
新 看護職員夜間16対1配置 加算2	0.0076
抗菌薬適正使用支援加算	0.0035
新 後発医薬品使用体制加算 1~4	0.0007~0.0014
データ提出加算1(200床以上の 病院、200床未満の病院)	0.0052、0.0069
データ提出加算2(200床以上の 病院、200床未満の病院)	0.0055、0.0072
1 提出データ評価加算	0.0007

群が1.0314(同+0.0018)だった。機能 評価係数Ⅱについては、大学病院本院 群の最高値が長崎大学病院の0.1157、 DPC特定病院群ではIA北海道厚牛連 帯広厚生病院の0.1422、DPC標準病院 群では公立豊岡病院組合立豊岡病院 の0.1527で、いずれの医療機関群にお いても前年度の最高値を上回った。最 低値についても前年度より高く、調整係 数の置き換えにより、機能評価係数IT

2018年度改定では、7対1および10 対1入院基本料が再編・統合され、急 性期一般入院基本料に一本化。一般 病棟用の重症度、医療・看護必要度の 該当患者割合に応じて、入院料1~7の 7段階の入院料が設定された。それに 伴い、機能評価係数Iも入院料1~7の 7段階に設定された(図2)。

が全体的に高くなったことがうかがえる。

機能評価係数Ⅱでは、過去の改定で 新設された後発医薬品係数と重症度係 数が廃止(図3)。導入時から設定され ている六つの係数で評価されることに なった。後発医薬品の使用状況につい ては、DPC対象病棟入院患者を後発 医薬品使用体制加算の評価対象とした 上で、同加算が機能評価係数Iで評価 されることになった。

中央社会保険医療協議会のDPC評 価分科会では、2018年度改定に向けて 項目間の評価の重みづけの導入が検討 されていたが、最終的に行わないことに 決まった。さらに、重みづけを行わない 代替手法としてこれまで効率性係数、 複雑性係数で実施していた係数間の分 散を均等とする処理も廃止された。

ルールに基づいたDPCデータの提出 や適切な保険診療の実施などを評価す

図3●機能評価係数Ⅱの各係数の見直し

後発医薬品係数と重症度係数の廃止で、 機能評価係数||の係数は六つに

- ・後発医薬品係数、重症度係数を廃止し、導入時より設定されている六つの係数(保険診療、効率性、 複雑性、カバー率、救急医療、地域医療)により評価する。後発品の使用状況については、新たに機 能評価係数に後発医薬品使用体制加算を設定して評価
- ・効率性係数、複雑性係数で実施していた係数間の分散を均等とする処理を廃止
- ・保険診療係数について、減点する基準の厳格化などを行う(図4参昭)
- ・地域医療係数のうち癌、脳卒中、災害医療について、複数ある項目を)項目に整理
- ・カバー率係数について、DPC標準病院群で下限値・最小値を30パーセンタイル値と設定する<mark>係数値</mark>
- ・救急医療係数について、教急医療管理加算2の該当患者に関しては指数値を1/2とする

図4●保険診療係数の見直し(厚労省資料を編集部が一部改変)

未コード化傷病名が20%以上の場合に減点 部位不明・詳細不明コード (ICD-10) が20%以上の 場合に減点

DPCデータの様式間の矛盾が1%以上の場合に減点 病院情報を公表する取り組みを評価

機能の高い分院を有する大学病院本院を減点

||群の要件を満たさない大学病院本院を減点 精神科の診療実績を有さない大学病院本院を減点

精神科の診療実績を有さないDPC特定病院群を減点

指導医療官の派遣

※1 2019年度以降は様式1の全ての病名から評価(現在はレセプトデータを使用)

保険診療の質的改善に向けた評価の考え方を今後検討する。大学病院本院群で指導医療官の 派遣実績があったケースは、経過措置として2018年度のみ評価

る保険診療係数では、適切なデータ提 出を推進するため評価項目の基準値な どが見直された(図4)。これまで、未 コード化傷病名は20%以上の場合に減 点されていたが、改定後は基準が2%主 で引き下げられた。部位不明・詳細不 明コード (ICD-10) については、基準が 20%から10%となった。一方、機能の 高い分院を有していたり、II群の要件 を満たさない大学病院本院を減点とす る対応については廃止された。

このほか、短期滞在手術の取り扱い も見直された(図5)。DPC対象病院で はDPC/PDPSによる包括評価を優先 し、短期滞在手術等基本料2・3を算定 できなくなった。ただし、これらの患者 は平均在院日数の計算や、看護必要度

減点する基準を引き下げ対象を拡大 【改定後】

未コード化傷病名が7%以上の場合に滅点(※1) 部位不明・詳細不明コード (ICD-10) が10%以上の場 合に滅点

DPCデータの様式間の矛盾が1%以上の場合に減点 病院情報を公表する取り組みを評価 (※2)

評価を廃止

評価を廃止

地域医療係数で評価

地域医療係数で評価

保険診療の質的改善に向けた取り組みの評価を検討(※3)

※2 評価手法について今後見直しを行う

図5●DPCの算定ルールの見直し

短期滞在手術等基本料2・3は算定不可に

短期滞在手術等基本料の見直しへの対応

·DPC対象病院では短期滞在手術等基本料2·3 を算定不可とし、短期滞在手術等基本料3に 相当する診断群分類やその他手術にかかる診 断群分類のうち一定の要件を満たすものにつ いては点数設定方式Dを設定する

再入院ルールの見直し

・7日以内に再入院(入棟)する以下のケースにつ いては、新たに一連の入院として取り扱う ・再入院の契機となる傷病名が手術・処置等の 合併症にかかるDPCのICDコードの場合 ・再入院の医療資源を最も投入した傷病名が前 回の入院と同一の場合

の評価対象からは引き続き除外される。

2018年度改定では、診療実績データ の提出が様々な入院料で要件化された。 回復期リハビリ病棟や療養病棟でも データ提出が要件化されたことを踏ま え、診療録情報を保有する様式1のデー

図6 DPCデータ (様式1) の項目の見直し・追加 (厚労省資料を編集部が一部改変)

項目名	対象·内容
SOFAスコア	医療資源病名、依存症、続発症、入院契機傷病名として敗血症のコーディングを行う患者について、SOFAスコア (小児はpSOFAスコア)を診断時に測定
SOFAスコア	特定集中治療室管理料1・2を算定する患者の入退室時に測定
3折 手術基幹コード	手術を行った患者については、Kコードと対応するSTEM7コードを入力
自殺企図の有無	一般病棟/その他病棟グループに入院する患者では入力を任意とする
● 癌取り扱い規約に基づく癌のステージ分類	食道癌の患者では入力不要とする
商 心不全患者/血行動 態的特徵	心不全患者で入力必須だった心不全の発症時期、心拍数、心調律は入力不要とする
新要介護度	療養病棟の入院患者について、要介護度を追加する
新 要介護情報	療養病棟の入院患者について、低栄養情報、摂食嚥下機能障害を追加
高 癌患者/UICC TNM	療養病棟入院基本料を算定する患者では入力不要とする
簡 癌患者/ステージ	療養病棟入院基本料を算定する患者では入力不要とする
高齢者情報	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準について、5段階の評価を収集する
FIM	回復期リハビリ病棟入院料を算定する患者では入力必須とする

(新規追加項目、) は入力の簡素化、無印は既存項目の変更など

図7 ●社会医療法人愛仁会の各病院における医療機関別係数と包括収入のシミュレーション

	千船病院	千船病院 (292床)		是(477床)	明石医療センター(382床)		
	2017年度	2018年度	2017年度	2018年度	2017年度	2018年度	
医療機関群	川群	標準病院群	君羊	標準病院群	Ⅲ群	標準病院群	
基礎係数	1.0296	1.0314	1.0296	1.0314	1.0296	1.0314	
機能評価係数	0.2754	0.3360	0.3126	0.3791	0.2763	0.3569	
機能評価係数	0.0646	0.0830	0.0770	0.1181	0.0661	0.1054	
暫定調整係数	0.0230		0.0212		0.0254		
医療機関別係数	1.3926	1.4504	1.4404	1.5286	1.3974	1.4937	
前年度差		+0.0578		+0.0882		+0.0963	
2017年10月実績(円)	265,168,570		440,708,910		368,604,130		
シミュレーション (円)		276,176,401		467,707,635		394,008,096	
]カ月当たり差額(円)		+11,007,831		+26,998,725		+25,403,966	

図8 ●社会医療法人愛仁会の各病院における機能評価係数Ⅱの内記

TO SET TO WAS IN THE PARTY OF T									
		千船病院 (292床)		高槻病院	(477床)	明石医療センター(382床)			
		2017年度	2018年度	2017年度	2018年度	2017年度	2018年度		
保険診	療係数	0.00806	0.01617	0.00806	0.01617	0.00806	0.01617		
効率性	係数	0.00953	0.01784	0.00933	0.01988	0.00957	0.01776		
複雑性	係数	0.00487	0.01048	0.00512	0.01085	0.00709	0.01728		
カバー率係数		0.00885	0.01704	0.01380	0.02793	0.01118	0.02386		
救急医療係数		0.00648	0.01236	0.00923	0.01683	0.00719	0.01445		
地域	体制評価	0.00509	0.00730	0.00527	0.01400	0.00291	0.00919		
医療	定量評価 (小児)	0.00063	0.00130	0.00417	0.00875	0.00143	0.00310		
係数	定量評価 (その他)	0.00025	0.00050	0.00185	0.00370	0.00178	0.00363		
後発医薬品係数		0.00949		0.00949		0.00949			
重症度係数		0.01134		0.01064		0.00744			
合計		0.0646	0.0830	0.0770	0.1181	0.0661	0.1054		
前年度差			+0.0184		+0.0411		+0.0393		

タについて、項目の追加や入力内容の 簡素化などの見直しがなされた(図6)。

医療提供体制を基に戦略を見直す

図7は、社会医療法人愛仁会(大阪市北区)の医療機関別係数を前年度と比較し、改定の影響をまとめたもの。医療機関別係数は前年度比0.0578~0.0963のプラスとなり、高槻病院(大阪府高槻市)では、2017年10月の実績を用いたシミュレーションで1カ月当たり約2700万円のプラスとなった。DPC点数の見直しによるマイナスの影響も受けるが、2018年度の点数に置き換えると2016年度比で年間約2億1000万円(5.0%)の増収が見込まれた。

機能評価係数IIの内訳を見ると、高 槻病院や明石医療センター(兵庫県明 石市)では、地域医療係数の体制評価 係数が大きくアップ(図8)。「脳卒中や 癌、心筋梗塞などに対する診療実績が 評価されたことが係数アップにつながっ たのでは」と愛仁会本部企画部課長の 荒尾雅一氏は話す。

係数の傾向は同じだが、今後の病院 の運営戦略は異なる。周辺に急性期医療を担う医療機関の少ない明石医療センターでは、今後も幅広い診療科で急 性期医療を担っていく方向だ。「ゆくゆくはDPC特定病院群として評価されることを目指したい」(荒尾氏)という。

一方、高槻病院のある大阪府高槻市には、大学病院をはじめ急性期医療を担う医療機関が複数あり、一部機能が競合している。そのため、消化器や循環器など患者の多い診療科の診療体制を強化し、DPC標準病院群の中で機能評価係数IIを高める考えだ。



軽度急性期·急性期後入院

自宅等からの入院受け入れを高く評価

POINT

- ●上位の入院料が新設 訪問診療・訪問看護の提供実績などが要件に
- ●救急・在宅等支援病床初期加算が再編 ◆ 自宅等からの入院を高く評価
- ●在宅復帰率の算出方法が見直し 療養病棟・老健施設などは対象外に

高齢化の進展などを背景に、今後は肺炎や心疾患、脳血管疾患、骨折など中程度の医療資源の投入が必要な医療ニーズが増える見通しだ。そのため、高度な急性期医療を担う病院に入院するほどではない、軽度の急性期医療の機能が重要になる。さらに、医療的に状態の安定した患者はできるだけ早く自宅等に退院させる方向が打ち出されており、急性期後の患者の療養やリハビリなどの機能も重要性が増す。

2014年度診療報酬改定で創設され

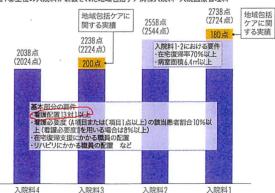
た地域包括ケア病棟は、(1) 急性期治療後の患者の受け入れ、(2) 自宅等で療養する患者などの受け入れ、(3) 在宅復帰支援—の三つの機能を担うことが期待されている。だが、同病棟と7対1または10対1入院基本料を算定する病棟を有する病院では、「地域包括ケア病棟の患者の9割以上が自院の急性期病棟からの転棟」という病院が約半数を占めた。こうした実態を踏まえ、2018年度改定では自宅等で療養する患者の受け入れ機能の充実が図られた。

具体的には、自宅等からの入院患者 の受け入れ、訪問診療・訪問看護や介 護サービスの提供など、「地域包括ケア に関する実績」を満たす場合に算定で きる上位ランクの入院料が新設(図1)。 2区分だった入院料が4区分になり、上 位ランクの入院料1・3は改定前の入院 料に比べて180点高く設定された。

入院料(・3の届け出は、「許可病床 200床未満の病院(厚生労働大臣が定 める医療資源の少ない地域にある病院 の場合は240床未満)」に限られた。一 方で大病院との機能分化を図る観点か ら、地域包括ケア病棟の届け出が「1病 棟まで」に制限される対象が「許可病 床500床以上」から「許可病床400床以 上」に拡大。地域包括ケア病棟が担う



図1 ●上位の入院料が新設された地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



※()内は生活療養を受ける場合の点数

入院料1・3における地域包括ケアに関する実績

自宅等からの入院患者受け入れ、訪問診療・訪問看護の提供などの実績を評価する上位の入院料を新設

・自宅等(自宅、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム等)からの入棟患者が10%以上

- ・自宅等からの緊急入院(予定入院以外の入院)の受け入れが直近3カ月で3人以上
- ・以下のア〜エのうち少なくとも二つを満たす
- ア 在宅患者訪問診療料 (I) および (II) の算定回数が直近3 カ月間で20回以上
- イ 在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数が直近3カ月間で100回以上、または同一敷地内の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数が直訴3カ月間で500回以上
- ウ開放型病院共同指導料(I)または(II)の算定回数が直 近3カ月間で10回以上
- エ 介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリな どの介護サービスを提供する施設が同一敷地内にある 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プ
- ロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに 対する指針を定めていること