

②② DPC／PDPS の見直し

第1 基本的な考え方

DPC/PDPS を安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、DPC 対象病院の基準を見直す。また、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる。

第2 具体的な内容

1. 診療報酬改定に関連した見直し
急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。
2. DPC対象病院の基準の見直し
 - (1) データ数について
急性期入院医療の標準化という制度の趣旨を踏まえ、適切な包括評価を行う観点から、「調査期間1月当たりのデータ数が90以上」であることをDPC対象病院の基準として位置づける。
 - (2) 適切なDPCデータの作成について
適切な提出データに基づく安定的な制度運用を行う観点から、機能評価係数Ⅱにおける保険診療係数において評価を行ってきた適切なDPCデータの作成に係る基準について、DPC対象病院の基準として位置づけを見直す。
 - (3) DPC制度への参加等の手続きについて
データ数及び適切なDPCデータの作成に係る基準の運用については、令和8年度診療報酬改定時よりDPC制度への参加及びDPC制度からの退出に係る判定基準として用いることとする。
3. 医療機関別係数の見直し
 - (1) 基礎係数（医療機関群の設定等）
医療機関群の設定について、従前の考え方を維持し、3つの医療機関群（大学病院本院群、DPC特定病院群、DPC標準病院群）を設定する。ただし、データ数に係る基準を満たさない医療機関については、基礎係数の評価を区別する。
※ データ数の算出にあたっては、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。

① 設定要件

DPC特定病院群は、実績要件1から4までの全て（実績要件3については、6つのうち5つ）について、各要件の基準値を満たした医療機関とする。各要件の基準値は、大学病院本院群の最低値（外れ値を除く。）とする。また、各医療機関の実績値は、令和4年10月から令和5年9月までの診療内容及び診断群分類に基づき算出する。

【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（全病院患者構成、後発医薬品により補正）

- ・ 当該医療機関において症例数が一定以上（1症例／月：極端な個別事例を除外するため）の診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様の患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の1日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。
- ・ 当該医療機関における入院医療で用いられる医薬品のうち、「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」（令和5年8月30日～令和5年9月30日）に掲載された「2：後発医薬品がある先発医薬品」に該当する医薬品に対して薬価基準収載医薬品コード9桁（成分、剤形によって分類された同一分類内の規格単位まで）が一致する「3：後発医薬品」の薬価最低値に置き換えた場合の1日当たりの包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件2】：医師研修の実施

届出病床1床当たりの臨床研修医師の採用数（基幹型臨床研修病院の免許取得後2年目まで）

- ・ 各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医の採用数と、医療法上の許可病床総数により算出する。
- ・ 特定機能病院については、当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

【実績要件3】：医療技術の実施

- ・ 外科系（外保連試案9.4版）
 - (3a)：手術実施症例1件当たりの外保連手術指数（外科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（外科医師数及び手術時間補正後）

- (3c) : 手術実施症例件数
- ・ 内科系（特定内科診療（2014年度版）（別表1））
 - (3A) : 症例割合
 - (3B) : DPC算定病床当たりの症例件数
 - (3C) : 対象症例件数

「(3a) : 手術実施症例1件当たりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数（※）を「(3c) : 手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b) : DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3c) : 手術実施症例件数」は、外保連試案（第9.4版）において技術度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものについても対象とする。

「(3A) : 症例割合」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床の全患者総計で除して算出する。

「(3B) : DPC算定病床当たりの症例件数」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3C) : 対象症例件数」は、特定内科診療の対象DPCコードと条件に一致する症例を対象とする。

(※) 外保連手術指数の算出方法

外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。外保連手術指数は、外保連試案（第9.4版）に記載されている、外科医師数を含めた時間当たりの人件費の相対値（下表参照。技術度B、外科医師数1人を1としてそれぞれ相対化。）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し算出する。

【例】技術度D、外科医師数3、手術時間数3の手術は $6.99 \times 3 = 20.97$

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.37	13.10	12.83	12.55	11.55	9.27	5.56
D	8.09	7.81	7.54	7.27	6.99	5.99	3.71
C			4.11	3.83	3.56	3.29	2.29
B				1.82	1.55	1.27	1.00

技術度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- ・ 外保連試案と結びつけられなかったKコード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合には同じ技術度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- ・ 1つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には、次の順で対応する手術を1つに絞り、対応関係を作成する。
 1. 外科医師数
 2. 技術度
 3. 手術時間数
- ・ 内視鏡試案における評価は、「手技技術度」、「協力医師数+1」、「施行時間」。

別表1 特定内科診療25疾患

疾患No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
1	重症脳卒中 (JCS30以上)	010040x199x\$xx (入院時JCS30以上) (DPC外含) 010060x199\$\$\$\$ (入院時JCS30以上) 010060x399\$\$\$\$ (入院時JCS30以上)	出血と梗塞 JCS30以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99x\$x\$ (入院時JCS100以上、もしくは処置2ありのうちJ045\$人工呼吸あり)	処置2 (人工呼吸)
3	重症筋無力症クリーゼ	010130xx99x\$xx (処置2あり/なし) (ICD G700のみ) (DPC外含)	診断名 (ICD10) で判断
4	てんかん重積状態	010230xx99x\$\$x (処置2・副傷病あり/なし) (ICD G41\$のみ)	診断名 (ICD10) で判

			断
5	気管支喘息重症発作	040100xxxxx\$xx (処置2あり) (J045\$人工呼吸) (ICD J46、J45\$のみ)	処置2 (人工呼吸)
6	間質性肺炎	040110xxxxx\$xx (処置2あり) (J045\$人工呼吸) (ICD 絞りなし)	処置2 (人工呼吸)
7	COPD急性増悪	040120xx99\$1xx (処置2あり) (J045\$人工呼吸) (DPC外含)	処置2 (人工呼吸)
8	急性呼吸窮乏症候群、ARDS	040250xx99x1xx (処置2あり) (PGI2ありの場合、J045\$人工呼吸があれば可)	処置2 (人工呼吸)
9	急性心筋梗塞	050030xx975\$\$x (処置1 5あり) (ICD I21\$のみ)	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99\$\$xx (処置2あり E101SPECT・E100\$シンチグラム・G005中心静脈注射のみ除く) 050130xx975\$xx (処置1 5あり)	人工呼吸又は緊急透析 Kコードあり
11	解離性大動脈瘤	050161xx99\$\$xx (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (DPC外含)	処置2 (人工呼吸・緊急透析)
12	肺塞栓症	050190xx975xxx (処置1 5あり) (ICD I822を除く) 050190xx99x\$xx (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD I822を除く)	処置2 (人工呼吸・緊急透析) Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx\$\$x\$xx (手術あり/なし) (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD絞りなし)	処置2 (人工呼吸、PMX等)
14	重症急性膵炎	060350xx\$\$1x\$ (手術あり/なし) (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD K85\$のみ) (DPC外含)	処置2 (人工呼吸、CHDF等)
15	糖尿病性ケトアシドーシス	100040 (DPC6桁全て)	診断名あれば全て
16	甲状腺クリーゼ	100140xx99x\$\$x (処置2あり/なし) (ICD E055のみ)	診断名と手術なし
17	副腎クリーゼ	100202xxxxxx\$x (ICD E272のみ)	診断名あれば全て
18	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x\$xx (処置2あり/なし) (D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須)	診断名、腎生検
19	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x\$xx (処置2あり/なし) (D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須) (DPC外含)	診断名、腎生検

20	急性白血病	130010xx99x\$xx (化学療法あり) (ICD C910、C920、C950のみ) 130010xx97x\$xx (化学療法あり) (ICD C910、C920、C950のみ)	化学療法、実症例数
21	悪性リンパ腫	130020xx\$\$x\$xx (化学療法あり) (ICD絞りなし) (DPC外含) 130030xx99x\$xx (化学療法あり) (ICD絞りなし) 130030xx97x\$\$x (化学療法あり) (ICD絞りなし) (DPC外含)	化学療法、実症例数
22	再生不良性貧血	130080 (DPC 6 桁全て) (ICD絞りなし)	実症例数
23	頸椎頸髄損傷	160870 (DPC 6 桁全て) (リハビリ実施必須) (ICD絞りなし)	リハビリ
24	薬物中毒	161070xxxxx\$xx (処置 2 あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD絞りなし) (DPC外含)	処置 2 (人工呼吸器、PMX等)
25	敗血症性ショック	180010x\$xxx3xx (処置 2 3 あり) (ICD絞りなし) (DPC外含)	処置 2 3 (PMX、CHDF)

【実績要件 4】：補正複雑性指数（DPC補正後）

全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCについて算出した複雑性指数

② 基準値

各要件の基準値は、大学病院本院群の実績値を踏まえて以下のとおりとする。

実績要件		令和6年度基準値
【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 (全病院患者構成、後発医薬品補正)		外れ値を除外し最低値を設定 (具体的な数値は最終データの 確定により設定)
【実績要件2】：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年目まで)		
【実績要件3】：医療技術の実施(6つのうち5つを満たす)		
外保連試案	(3a)：手術実施症例1件当たりの外保連手術指数	外れ値を除外し最低値を設定 (具体的な数値は最終データの 確定により設定)
	(3b)：DPC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):DPC算定病床当たりの症例件数	
	(3C):対象症例件数	
【実績要件4】:補正複雑性指数(DPC補正後)		

(2) 機能評価係数Ⅰ

従前の評価方法を維持し、改定に伴う必要な見直しを行う。

(3) 機能評価係数Ⅱ

保険診療係数による評価は廃止し、一部の評価項目について体制評価指数での評価に移行する。救急医療係数については医療機関別係数における位置づけを見直す。既存の4つの評価項目(地域医療、効率性、複雑性、カバー率)について、項目間での重み付けは等分とした上で、評価項目の再編を踏まえ、地域医療係数において体制評価指数を重点評価するよう見直す。

効率性係数について、医療機関群ごとの評価とするとともに、評価手法について必要な見直しを行う。

地域医療指数における体制評価指数については、実績分布等を踏まえ、大学病院本院群及びDPC特定病院群における実績評価手法を見直すとともに、「感染症」の項目において、医療計画における取組等を踏まえ、評価内容を見直す。また、新たな評価項目として、「臓器提供の実施」、「医療の質向上に向けた取組」及び「医師少数地域への医師派遣機能」(大学病院本院群に限る。)を追加する。(別表2)

(4) 救急補正係数

これまで機能評価係数Ⅱにおける評価項目であった救急医療係数について、評価の趣旨を踏まえ、医療機関別係数における評価項目としての位置づけを見直すとともに、名称を「救急補正係数」へ見直す。評価手法については、従前の考え方を維持し、機能評価係数Ⅱの各評価項目と重み付けは等分とする。

(5) 激変緩和係数

従前の評価方法を維持し、診療報酬改定のある年度について、診療報酬改定等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む。)がプラスマイナス2%を超えて変動しないよう、激変緩和係数を設定する(診療報酬改定のない年度の当該係数は0.)。

新たにDPC/PDPSに参加する医療機関のうち、診療報酬改定前の実績と比べて推計診療報酬変動率(出来高部分も含む。)が2%を超えて低く変動する医療機関については、当該医療機関の出来高実績点数に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療

機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率を算出（補正診療報酬変動率）し、補正診療報酬変動率がマイナス2%を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス2%となるように措置を行う。

4. 診断群分類の見直し

(1) 診断群分類点数表の見直し

医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。点数設定にあたっては、データ数に係る基準を満たさない医療機関のデータを除外して算出する。

(2) 点数設定方式Bで設定する診断群分類の見直し

入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、「入院期間 I での 1 日当たり包括範囲点数 / 1 入院期間での 1 日当たり包括範囲点数」が1.17を超える分類について、点数設定方式Bにより設定する。

(3) 点数設定方式Eの新設

より早期の退院への評価を充実化する観点から、入院期間 I で入院基本料を除く 1 入院当たり包括範囲点数を支払う点数設定方式Eを新設し、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類の一部に適用する。

5. 退院患者調査の見直し

データに基づく適切な入院医療の評価を行う観点から、調査項目を見直す。また、診断群分類の設定に必要と考えられる項目の追加や不要と考えられる項目の削除等、必要な見直しを行う。

6. その他

血友病等に使用する血液凝固因子製剤については、他疾患を主病とする場合の包括点数で十分な評価を得ることが困難であることから、包括対象外となっている。

現在、いわゆる「高額薬剤告示」において、「抗 TFPI モノクローナル抗体（コンシズマブ（遺伝子組換え）」）を入院患者に対して使用する場合、当該患者は出来高により算定することとしているが、当該薬剤は血液凝固因子製剤と同様に血友病患者における出血傾向の抑制を目的とした効能・効果を有することから、当該薬剤については、包括対象外として取り扱うこととする。

別表2 機能評価係数Ⅱの評価方法

＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容(令和6年度)＞ 太字下線部が見直し内容

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
<p><u>保険診療指数</u> <u>(廃止)</u></p>	<p><u>提出するデータの質</u> <u>や医療の透明化、保</u> <u>険診療の質的向上</u> <u>等、医療の質的な向</u> <u>上を目指す取組を評</u> <u>価原則として1点、</u> <u>右記の基準に該当し</u> <u>た場合はそれぞれ加</u> <u>算又は減算</u></p>	<p><u>適切なDPCデータの作成</u> <u>・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。</u> <u>・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。</u> <u>様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾）</u> <u>・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（様式1で評価）</u> <u>・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。</u> <u>・（保険診療への取組：令和6年度からの評価を検討）</u></p>
<p>地域医療指数</p>	<p>体制評価指数と定量 評価指数で（評価シ ェアは、<u>1：1.7：</u> <u>5</u>）構成</p>	<p>体制評価指数： <u>5疾病5事業等における急性期入院医療5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績</u> <u>を評価（別頁に詳細を記載）</u> 定量評価指数： 〔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（1：1）。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院群は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。</p>

評価対象：令和4年10月1日～令和5年9月30日データ

※ 診療実績に基づく指数については、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
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〕 <u>〔全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</u> / <u>〔当該医療機関の平均在院日数〕</u> ※ 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。
複雑性指数	1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（1入院当たり）を、包括対象の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き換えた点数〕 / 〔全病院の平均1入院当たり包括点数〕 ※ 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。
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。 ※ 全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払分類を計算対象とする。
<u>救急医療指数（位置づけの見直し）</u> <u>※救急補正係数として評価</u>	救急医療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症例当たり〔以下の患者について、入院後2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〕 ※救急医療管理加算2相当の指数値は1 / 2 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 「A205救急医療管理加算」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」「A303総合周産期特定集中治療室管理料」

		【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】 「救急医療入院」の患者		
評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	がんの地域連携体制への評価 (0.5P)	退院患者の〔「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である患者数〕		
	医療機関群ごとにがん診療連携拠点病院等の体制への評価 (0.5P)	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」(いずれかで0.5P)	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院の指定」(0.5P) 「地域がん診療連携拠点病院の指定」(0.25P)	
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績への評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ t-PA 療法の実施を評価 (0.25P) ・ A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価 (0.5P) ・ A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価 (1P) (血管内治療の実施：入院2日目までに K178-31, K178-32, K178-4 のいずれかが算定されている症例の診療実績) ※ いずれかの最大値で評価。		

<地域医療指数・体制評価指数の具体的な評価内容(令和6年度)> 太字下線部が見直し内容

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
心筋梗塞等の 心血管疾患	緊急時の心筋梗塞 のPCIや外科治療の 実績 (0.5P)	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
	急性大動脈解離の 手術実績 (0.5P)	入院中にK5601、K5602、K5603、K5604、K5605、K560-21、K560-22、K560-23、K5612 のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
精神疾患	精神科入院医療への 評価	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績 (0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績 (1P)		
災害	災害時における医療への 体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> ・災害拠点病院の指定 (0.5P) ・DMATの指定 (0.25P) ・EMISへの参加 (0.25P) ・BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）(0.25P) 		
周産期	周産期医療への体制を 評価	「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指定」を評価 (いずれかで1P)	<ul style="list-style-type: none"> ・「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 	
へき地	へき地の医療への体制を 評価	<ul style="list-style-type: none"> ・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」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) ・「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価 (0.5P) 		

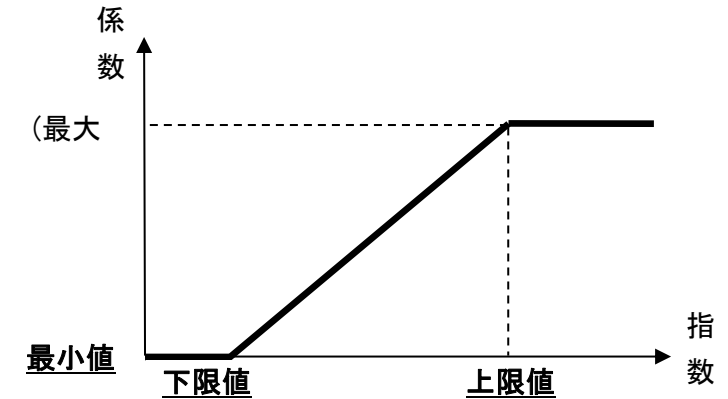
評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	・救命救急センター(0.5P) ・二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設(0.1P)	
		上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数(最大0.9P)	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数(救急医療入院に限る)(最大0.5P)	
感染症	新興感染症等に係る医療への体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当(0.25P) <u>(令和6年度で終了)</u> ・ 新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること(0.25P) <u>(令和6年度で終了)</u> ※ 上記のいずれも満たした場合0.75P <u>(令和6年度で終了)</u> ・ GMISへの参加(日次調査への年間の参加割合を線形で評価)(最大0.25P) <u>(令和6年度で終了)</u> ・ <u>第一種協定指定医療機関に該当(0.5P)(令和7年度以降の評価)</u> ・ <u>流行初期医療確保措置の対象となる協定の締結(入院に係るものに限る)(0.5P)(令和7年度以降の評価)</u> 		
治験等の実施	治験や臨床研究等の実績を評価	右記のいずれか1項目を満たした場合1P	治験等の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・ 過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上(1P) ・ 20例以上の治験(※)の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施(0.5P) (※) 協力施設としての治験の実施を含む。 	

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
臓器提供の実施	法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価	・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（1P）	・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が2件以上（1P） ・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（0.5P）	
医療の質向上に向けた取組	医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価	<ul style="list-style-type: none"> ・医療の質指標に係るDPCデータの提出（0.5P）（令和7年度以降の評価） ・病院情報の自院のホームページでの公表（0.25P）（※） ・医療の質指標の自院のホームページでの公表（0.25P）（令和7年度以降の評価） （※）令和6年度は1Pとして評価		
医師少数地域への医師派遣機能	医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価	（評価は行わない）	・「医師少数区域」へ常勤医師として半年以上派遣している医師数（当該病院に3年以上在籍しているものに限る。） （1P）	（評価は行わない）

地域医療計画等における一定の役割を 12項目（大学病院本院群にあつては 13項目）で評価
 （1項目最大1P、上限は大学病院本院群：11P、DPC特定病院群：10P、DPC標準病院群：8P）

<評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値>

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	（固定の係数値のため設定なし。）			群ごとに評価
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値(※1)	0	全群共通で群ごとに評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
地域医療（定量）	1.0	0	0	群ごとに評価
（体制）	1.0	0	0	
救急医療救急補正	97.5%tile 値	0(※2)	0	全群共通で評価



(※1) 在院日数短縮の評価という趣旨から全群共通の下限値を設定 (※2) 報酬差額の評価という趣旨から設定

<地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目>

- がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績、救急車来院による入院患者数、GMISへの参加、「医師少数区域」への派遣医師数
 - ・ 特に規定する場合を除き、下限値は0ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の25%tile値（大学病院本院群及びDPC特定病院群にあつては50%tile値）を各項目の上限値とする。
- 脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績
 - ・ 実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の25%tile値（大学病院本院群及びDPC特定病院群にあつては50%tile値）を満たす場合は、各項目の上限値又は条件を満たすとする。25%tile値（大学病院本院群及びDPC特定病院群にあつては50%tile値）に満たない場合は、0ポイント（指数）又は条件を満たさないとする。