

## 機能評価係数Ⅱの見直しについて（その3）

平成26年度診療報酬改定に向けて、これまでの議論を踏まえ、機能評価係数Ⅱの現行6項目の見直しについて具体的な検討を行う。

### 1. データ提出指数

(1) これまでの主なご意見等

#### 【適切な副傷病名の記載】

- ツリー図の中で支払いに関係のある副傷病名はレセプトの中には全部記載することとされており、様式1にも書くことになっているにもかかわらず、様式1には必ずしも記載されていないので様式1に書くことを評価すべきではないか。
- 支払いにかかわりのない副傷病名であっても、医療資源投入量を評価する観点から、治療経過に大きく影響を与えるような重要な副傷病名があり、そういった副傷病名の情報が今後の制度設計に必要なのではないか。
- 副傷病名はDPC分類の精緻化において重要な情報であり、病名の質を高めていくことは大きな課題であるが、単純に副傷病名の記載の数だけの評価すると、いわゆるレセプト病名の復活のような形でとにかく数さえ入れればいいということになってしまい、データの質が落ちる懸念があるため、質を確保する方法を考えるべきではないか。
- 副傷病名の質を保つ方策として、例えば支払いに関係する病名と関係しない病名の数をそれぞれ集計してその比率を見るという方法が考えられるが、その比率によっていきなり減点の対象にするのではなくて、そういうものをきちんと集計し公表して、時間をかけて改善を図っていくのが良いのではないか。

#### 【データ属性等の適切な記載】

- 郵便番号については、入院時の郵便番号を記載することになっており、入院の最初に注意して入れるよう周知することが必要なのではないか。

#### 【様式間の矛盾のない記載適切な記載】

- 様式1においては入院期間が10日だが、EFファイル上の入院基本料は9日しか出ていないようなデータが数パーセント発生している医療機関があり、そのような分析対象とならないデータは提出していることにならないと考えられるので、例えばそのようなデータが1%以上出現する場合減点するというような評価方法をとるべきではないか。

#### 【データ提出指数の概念に関する意見】

- 「データ提出指数」はできた当初は意義があったと考えられるが、適切なデータを提

出できる医療機関が大半を占めるようになってきたこと、また適切な DPC データを提出するということは DPC 病院の施設基準であり、「A245 データ提出加算」の算定要件となっていることから、DPC データを正しく提出することは適切な保険診療という観点から当然のことであることも踏まえ、単に DPC データの提出に関する内容だけで評価指数をつくるということよりも、適切な保険診療全般を評価する指数に概念を拡大し、保険診療指数に名称を変更することを考慮しても良いのではないかと。

- 各 DPC 病院が自院の保険診療の質を高めようと努力するのは当然として、例えば、行政が行うさまざまなことに対して指導医や指導医療官などの医師を派遣することといった、日本全体の適切な保険診療に対する貢献・協力というものも評価してもよいのではないかと。

(2) データ提出指数の評価の考え方・名称の見直しについて (案)

① 現行の考え方

- データ提出指数は、提出された DPC データの質を評価する指数となっている。

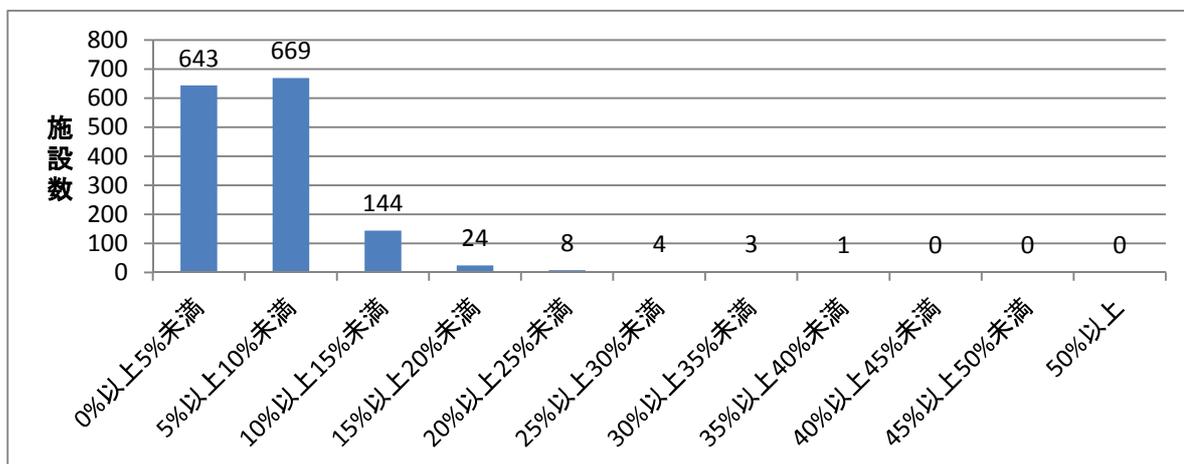
[論点]

- 適切な DPC データを提出できる医療機関が大半を占めるようになってきたこと、また適切な DPC データの提出は DPC 制度への参加要件となっており、適切な保険診療の一部であることを踏まえ、データ提出指数は適切な保険診療の実施や推進を評価する指数に概念を拡大することとし、名称について「データ提出指数」から例えば「保険診療指数」に名称を変更することとしてはどうか。

(3) 「部位不明・詳細不明コード」(いわゆる「.9コード」)の使用割合について

- ① 現在、「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が 20%以上の医療機関の指数を 5%減点している。

○ 部位不明・詳細不明コードの使用割合による医療機関ヒストグラム



- 平成 25 年 7 月 26 日の DPC 評価分科会で報告された平成 24 年度特別調査（アンケート調査・ヒアリング調査）において、各医療機関で年 2 回開催することとされている「適切なコーディングに関する委員会」で「部位不明・詳細不明コード」の使用割合がテーマとして取り上げられることが多い傾向が認められる等、当該評価方法が適切なコーディングを進めるための有効なインセンティブとなっていることが示されている。

[論点]

- 「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価方法は、引き続き継続することとしてはどうか。
- 現在カットオフ値となっている「20%」という現在の基準について、どのように考えるか。
- 「5%」という指数の減算幅を「10%」にすることについてどのように考えるか。

(4) 新規評価項目（案）

- これまでの議論に基づき、以下の新規評価項目（案）について基礎集計等を行った。

- (ア) 適切な副傷病名の記載について
- (イ) データ属性等の適切な記載
- (ウ) 様式間の矛盾のない記載
- (エ) 未コード化傷病名率
- (オ) 適切な保険診療の普及のための取組の評価

(ア) 適切な副傷病名の記載

いわゆる副傷病名とは、「入院時併存傷病名（４つ）」と「入院後発症疾患名（４つ）」を指す。

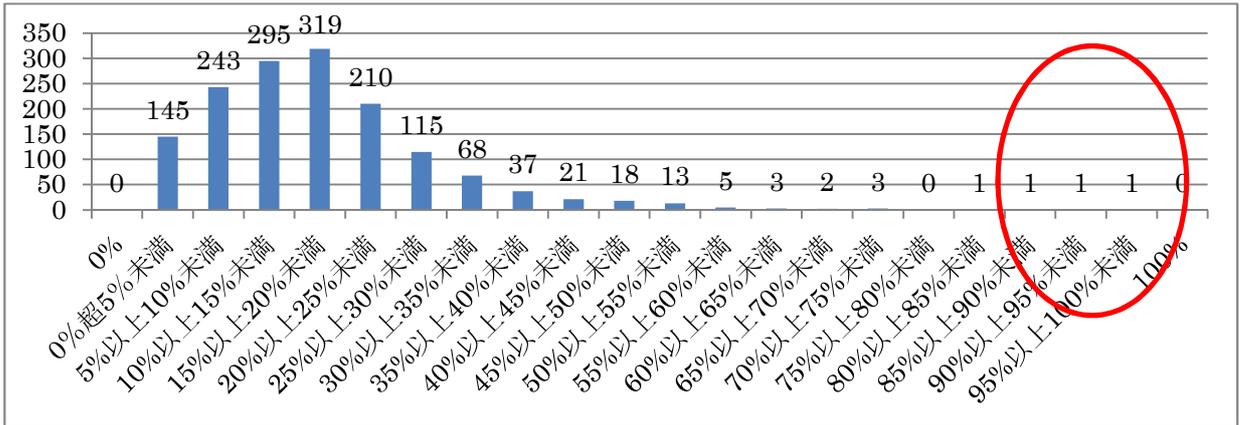
【DPC 調査様式 1（簡易診療録情報）の入力要領】

調査項目	留意事項
主傷病名	退院時サマリーの主傷病欄に記入された傷病名を入力する。
入院の契機となった傷病名	入院の契機となった傷病名を入力する。
医療資源を最も投入した傷病名	入院期間中、複数の病態が存在する場合は医療資源を最も投入した傷病名で、請求した手術等の診療行為と一致する傷病名を入力する。
医療資源を２番目に投入した傷病名	医療資源を２番目に投入した傷病名は、「入院時併存症名」もしくは「入院後発症疾患名」のいずれかに必ず入力する。
入院時併存症名（最大４つ）	以下に該当するものがある場合は入力すること。 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>診断群分類点数表に定義された副傷病名</u></li> <li>2. <u>慢性腎不全</u></li> <li>3. <u>血友病・HIV 感染症</u></li> <li>4. <u>併存精神疾患</u></li> </ol>
入院後発症疾患名（最大４つ）	以下に該当するものがある場合は入力すること。 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>診断群分類点数表に定義された副傷病名</u></li> <li>2. <u>術後合併症</u></li> </ol>

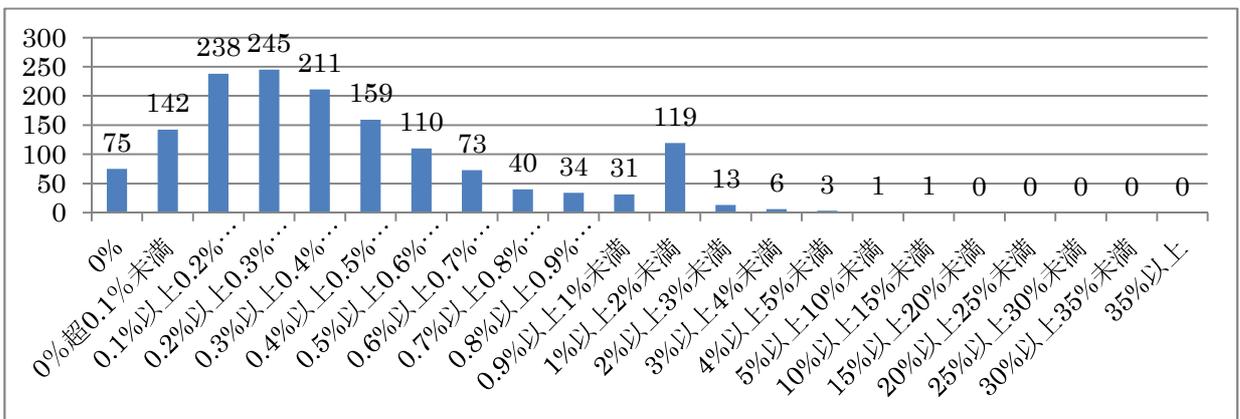
【DPC レセプトの記載要領】

記載欄	留意事項
①「傷病名」欄	医療資源を最も投入した傷病名を記載する。
②「副傷病名」欄	（診断群分類点数表に定義されている副傷病名がある場合は記載する。）
③「傷病情報」欄	・退院時処方投与の原因となった傷病のうち、その発症が診療報酬明細書の「傷病情報」欄に記載された傷病名及び該当する診断群分類と関連するものについては、傷病名を記載する必要はないものとする。
・主傷病名	医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として１つ記載する。
・入院の契機となった傷病名	今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を１つ記載する。
・医療資源を２番目に投入した傷病名	医療資源を２番目に投入した傷病名を１つ記載する。
・入院時併存傷病名（最大４つ）	出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、入院時に併存している傷病名について、重要なものから最大４つまで記載する。
・入院後発症傷病名（最大４つ）	出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、入院後に発症した傷病名について、重要なものから最大４つまで記載する。

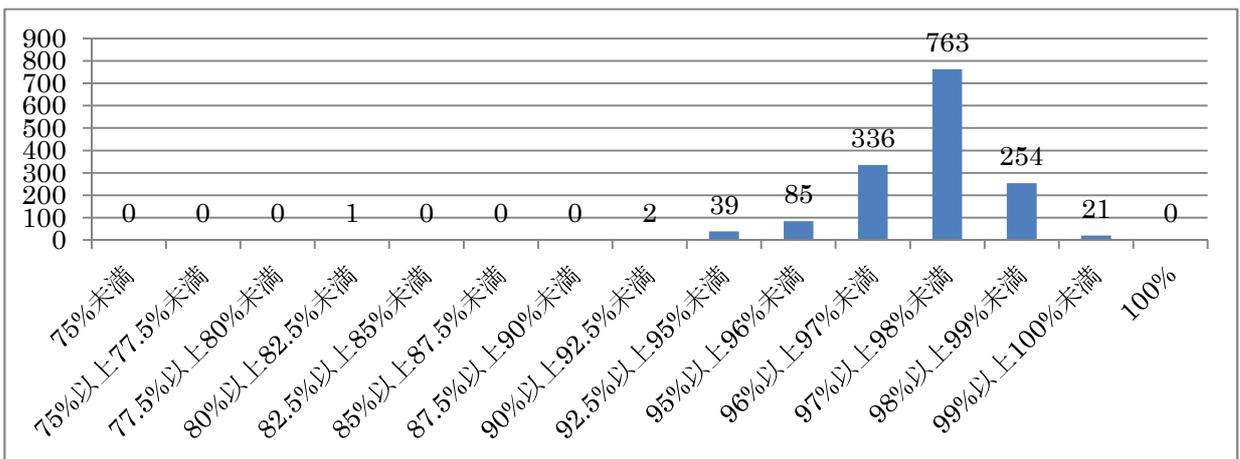
① 副傷病名の記載がない件数の割合の医療機関ヒストグラム



② 支払いに関係ない副傷病の記載がない件数の割合の医療機関ヒストグラム



③ 支払いに関係のない副傷病名 / (支払いに関係のある副傷病名 + 支払いに関係のない副傷病名) の医療機関ヒストグラム



[論点]

- 上記のような集計結果を踏まえ、副傷病名の記載に関する評価手法の導入についてどのように考えるか。
- 副傷病名の記載に関する医療現場の実態については、今後ヒアリング調査の実施等を検討することとしてはどうか。

(イ) データ属性等の適切な記載

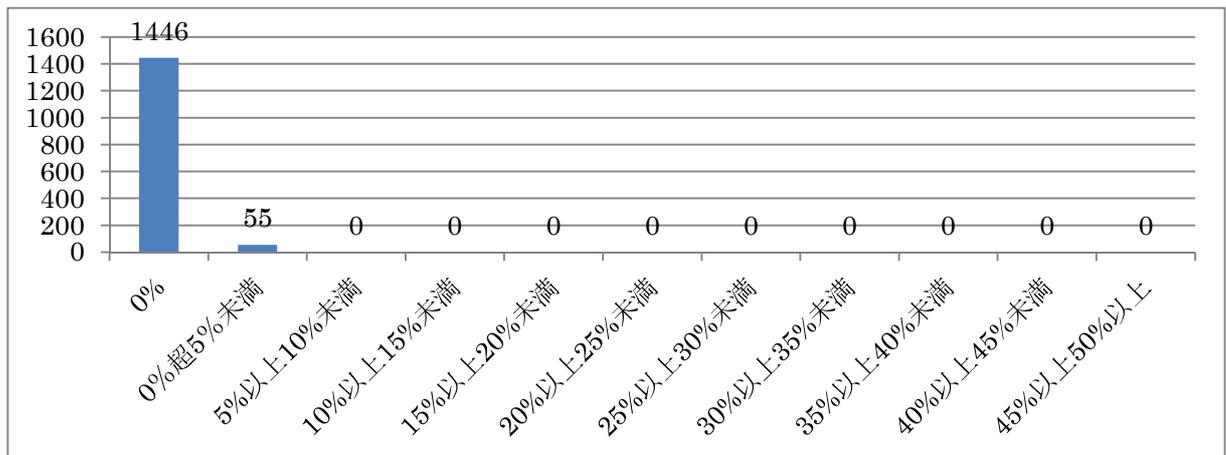
- 一連の入院（転棟時を含む）で提出される様式1（親様式、子様式）においてデータ属性等の記載が異なる症例をカウント。

割合	医療機関数
0%	1497
0%超 5%未満	4
5%以上	0

割合	医療機関数
0%	1458
0%超 5%未満	43
5%以上	0

割合	医療機関数
0%	1492
0%超 5%未満	9
5%以上 10%未満	0

④ ①～③いずれかが異なる場合の医療機関ヒストグラム



[論点]

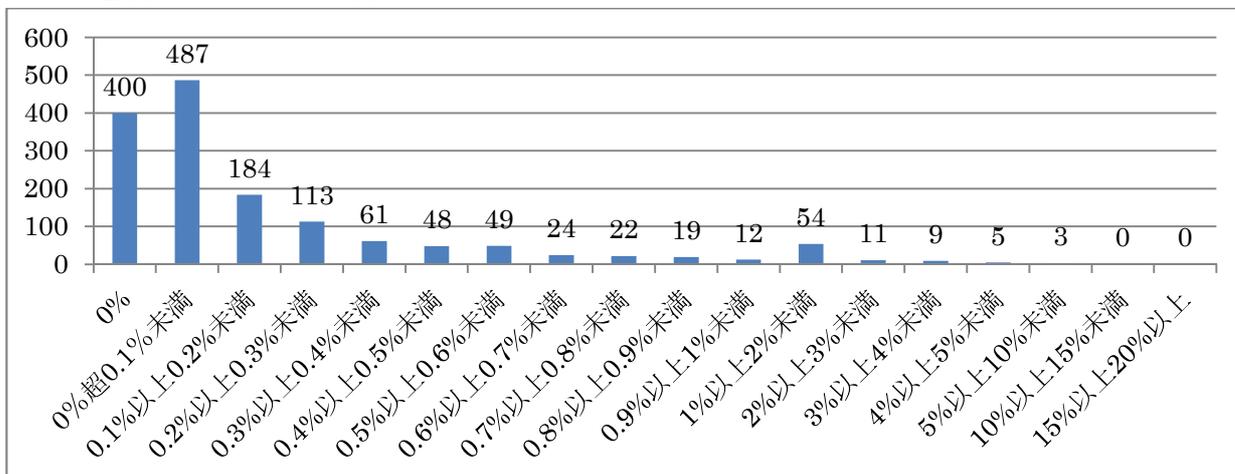
- ①～③のいずれか矛盾があるデータが一定以上ある場合指数を減点する評価方法を導入することとしてはどうか。

(ウ) 様式間の矛盾のない記載

① 様式 1 と EF ファイルの矛盾

・様式 1 における入院期間と、EF ファイルにおける入院基本料の算定回数に違いがあるデータをカウント。

(※「医科保険分のみ」以外の症例、入院 180 日超えの症例、短期滞在手術基本料を算定する症例は除外している)



② 様式 4 と EF ファイルの矛盾

・様式 4 で医科保険のみとなっているにも関わらず、EF ファイルにおいて先進医療の実施がレコードされているデータをカウント。

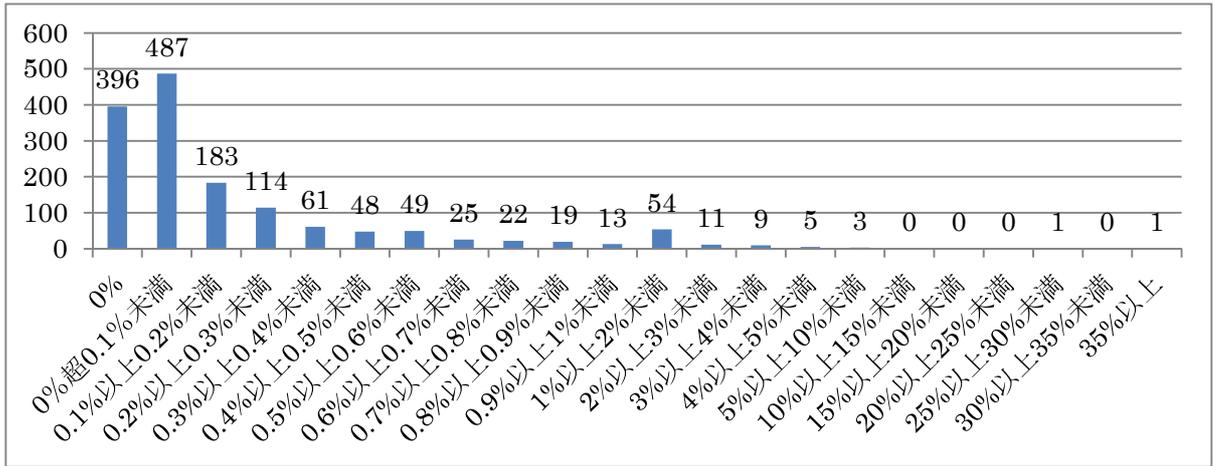
②様式 4 と EF ファイル	
割合	医療機関数
0%	1493
0%超 5%未満	8
5%以上	0

③ D ファイルと EF ファイルの矛盾

・D ファイルと EF ファイルで算定されている入院基本料が異なるデータをカウント。

③D ファイルと EF ファイル	
割合	医療機関数
0%	1491
0%超 5%未満	8
5%以上	2

④ ①～③のいずれかに該当する場合



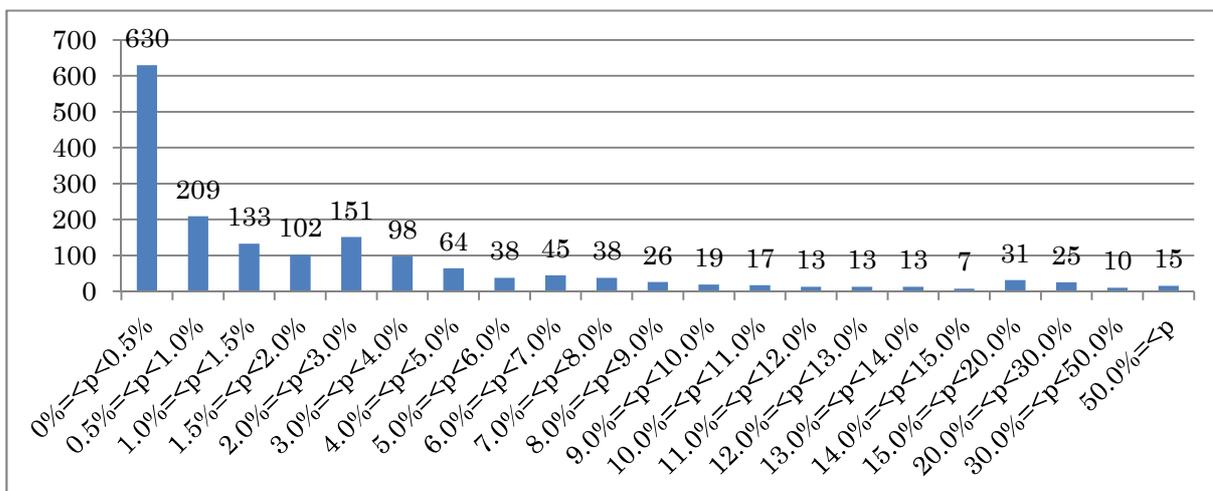
[論点]

- ①～③のいずれか矛盾があるデータが一定以上ある場合指数を減点する評価方法を導入することとしてはどうか。

(エ) 傷病名コードに記載された傷病名を用いたレセプトによる請求

- 「規制改革推進のための3カ年計画（平成21年3月31日閣議決定）」において、定められた傷病名コードにない名称がレセプトの病名に使用され、蓄積されたデータの有効な活用の妨げとなっていることが指摘されたことに基づき、厚生労働省は原則として傷病名コードに記載されたものを用いるよう周知している。
- 傷病名コードに記載されていない傷病名（いわゆる「未コード化傷病名」）の使用率は、全体としては減少傾向であるものの、依然として非常に高い医療機関がある。

【参考：全国のDPC対象病院+準備病院の未コード化傷病名率のヒストグラム】



[論点]

- 適切な傷病名を用いたレセプトで請求することは、適切な保険診療の一部であることから、傷病名コードに記載されていない傷病名（いわゆる「未コード化傷病名」）の使用率が一定の割合より多い場合、指数を一定割合減点する評価方法を導入することとしてはどうか。
- 各医療機関のレセプトの未コード化傷病名率の算出においては、国が保有するレセプト情報が保存されている「ナショナル・データベース（NDB）」を活用することとしてはどうか。

### (オ) 適切な保険診療の普及のため取組の評価

- 平成 24 年 7 月 26 日の DPC 評価分科会で報告された適切なコーディングに関する平成 24 年度特別調査において、適切なコーディングに推進のために、
    - 特にコーディングの最終的な決定者である医師が、ICD（国際疾病分類）を含め、DPC/PDPS について理解を深めること。
    - 「適切なコーディングに関する委員会」を規定で定められている年 2 回だけでなく頻回に（可能であれば毎月）開催し、より適切なコーディングを議論する場として有効に活用すること。
- が課題として示された。

#### [論点]

- 以下の評価方法を導入することについてどのように考えるか。
    - ① 「適切なコーディングに関する委員会」の毎月の実施の評価
      - 全医師を対象とする DPC コーディングを含む保険診療に関する研修を年 2 回程度実施している医療機関や、「適切なコーディングに関する委員会」を毎月開催している医療機関等について、指数を加算する評価方法を導入することとしてはどうか。
    - ② 厚生労働省指導医療官の交流等の評価
      - 医師の教育機能を担うと考えられる I 群病院（大学病院本院）において、医療保険制度を熟知した医師を養成し適切な保険診療に関する教育の普及を図る必要があるが、日常的な診療を行うのみでは一定の限界があると考えられることから、医療機関が厚生労働省指導医療官又は保険指導医を一定期間派遣した場合等について、指数を加算する評価方法を I 群（群別評価）に導入することとしてはどうか。
- ※ 厚生労働省指導医療官について  
厚生労働省職員として、保険診療に関する指導（保険者、審査支払機関、保険医療機関等に対する診療報酬の疑義解釈、点数表解釈等に関する指導や助言）、指導監査業務を行う。

## 2. 効率性指数

### (1) これまでの主なご意見等

#### ① DPC 評価分科会、中医協で上がった意見

- 効率性指数はいわゆるケースミックス分析に基づいて重症度とあわせて退院日数の短縮を図る重要な指数であるので、後発医薬品の評価をするのであれば別立ての指数とした方が良いのではないかと。
- 仮に後発品の使用割合による評価指標を機能評価係数Ⅱに導入する場合であっても、「効率性」という言葉の意味から考えて、現行の効率性指数の中に入れるのは妥当ではないのではないかと。
- 入院の薬剤全部を評価対象としてしまうと、入院の包括部分が含まれることになり二重評価であるという指摘が出る可能性もあるので、出来高部分だけに限定するほうが国民の理解が得られやすいのではないかと。

### (2) 現状

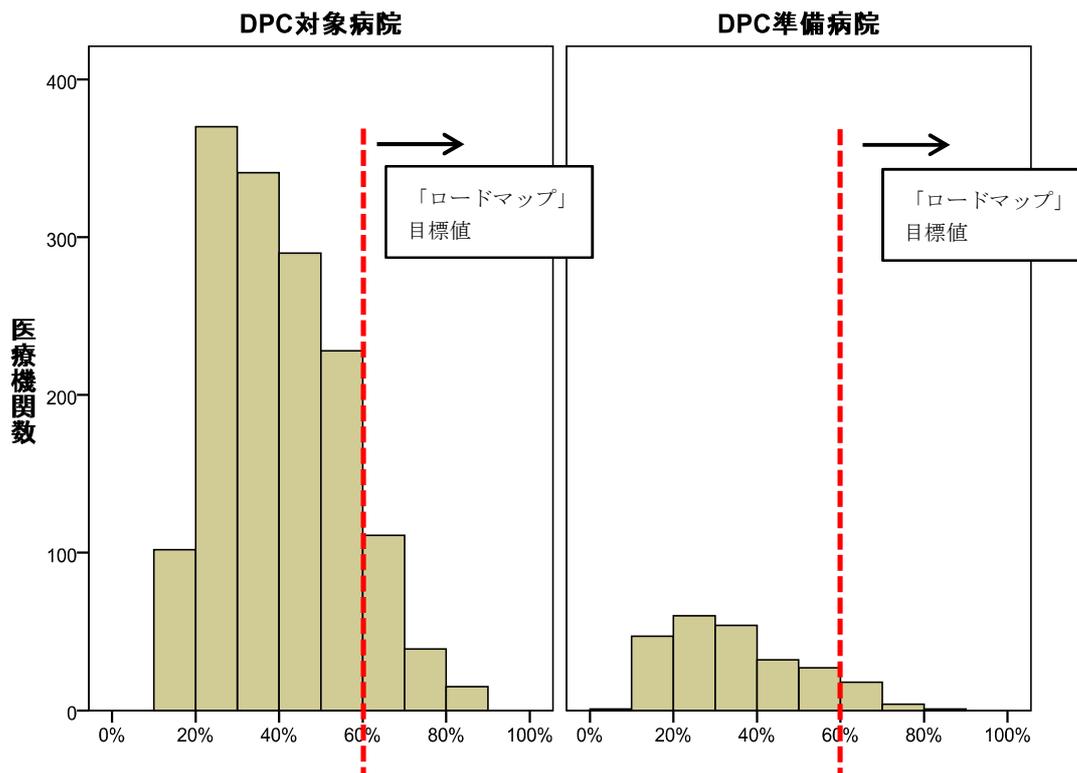
#### 【参考：後発医薬品使用割合（新指標）に関する基礎集計】

	包括範囲後発医薬品使用割合	出来高範囲後発医薬品使用割合	全体
DPC 対象病院	40.7%	30.1%	37.2%
DPC 準備病院	34.2%	28.3%	32.5%
全体	40.3%	30.0%	36.9%

(※平成 25 年 10 月 30 日 DPC 評価分科会の際に後発医薬品の数量を算出した仕様から修正している)

#### 【包括部分と出来高部分の薬剤の数量比】

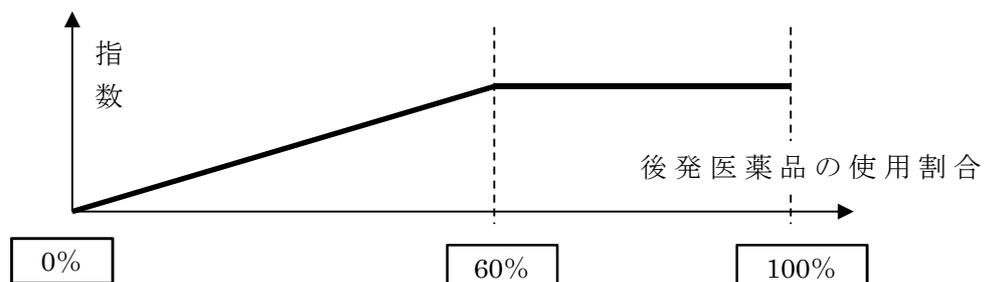
	包括部分数量割合	出来高部分数量割合	全体
DPC 対象病院	73.4%	26.6%	100.0%
DPC 準備病院	73.8%	26.2%	100.0%
全体	73.4%	26.6%	100.0%



[論点]

- 後発医薬品の使用割合による評価方法は、効率性指数の中に導入するのではなく、7項目の新規項目として別建てで評価することとしてはどうか。
- 評価対象とする薬剤の範囲についてどのように考えるか。
  - [案1] 入院医療で使用される全薬剤（包括部分+出来高部分）を対象とする
  - [案2] 出来高部分（退院時処方、手術中に用いられる薬剤等）のみ対象とする
  - [案3] 包括部分と出来高部分は1：1の重みで評価する
- 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、「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の目標値である60%（新指標）を評価上限とし、連続値で評価することとしてはどうか。

[評価のイメージ（案）]



## 5. 救急医療指数

### (1) ヒアリング調査からの考察

- 様式1の「救急医療入院」に該当するか否かの判断については、医療機関によって解釈に差があるものと考えられる。

#### [論点]

- 救急医療指数の評価対象となる「救急医療入院」の有無について、医療機関ごとの患者重症度の判断のばらつきを抑えるため、救急医療指数の評価対象についてレセプト審査との整合性を高める観点から、下記の通り算定方式を見直すこととしてはどうか。

#### [現行]

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〕

#### ⇒ [変更案]

1 症例あたり〔下記の①または②の要件を満たす患者について、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〕

- ① 「救急医療入院」かつ「A205 救急医療管理加算」を1日以上算定している症例  
(但し、「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得してない施設は「救急医療入院」の症例とする)
- ② 「救急医療入院」かつ以下のいずれかの特定入院料（もしくは差額加算）を入院初日から1日以上算定している症例
  - ・「A300 救命救急入院料」
  - ・「A301 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」
  - ・「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」
  - ・「A301-4 小児特定集中治療室管理料」
  - ・「A302 新生児特定集中治療室管理料」
  - ・「A303 総合周産期特定集中治療室管理料」

【参考集計】

救急医療にかかる入院料等	救急医療入院 の全症例に占 める算定割合	施設基準取得 医療機関数 (全 1496 病院)
A205 救急医療管理加算	84.28%	1424
A300 救命救急入院料	6.18%	233
A301 特定集中治療室管理料	4.20%	587
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	2.44%	260
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	0.94%	87
A301-4 小児特定集中治療室管理料	0.00%	1
A302 新生児特定集中治療室管理料	0.58%	192
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	1.38%	96

## 6. 地域医療指数

### (1) これまでの主な意見等

- 死亡順位第2位のいわゆる心疾患、急性心筋梗塞の評価の導入を検討すべきではないか。
- 疾病別の定量評価について、例えばがんについては実態として治療が2次医療圏で完結するとは限らないので、所属医療圏におけるシェアによって評価するのは難しいのではないか。
- 現行の定量評価指数は、特別な医療機関を評価するような意味の定量評価になっており、疾患別の評価に変えると矛盾が生じる可能性があるため、定量評価自体は現状維持で良いのではないか。

### (2) 定量評価指数について

#### ① 現行の評価方法

定量評価指数		
	所属医療圏における患者シェア (Ⅰ・Ⅱ群) 3次医療圏 (Ⅲ群) 2次医療圏	評価に占めるシェア
①	小児 (15歳未満)	1/4
②	上記以外 (15歳以上)	1/4

シェアの考え方：

[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]

[論点]

- 現行通りの評価方法を継続することとしてはどうか。

### (3) 体制評価指数について

#### ① 体制評価指数の新規項目(案)について

##### (ア) 急性心筋梗塞の実績評価

- 「疾病・事業および在宅医療に係る医療体制について(医政局指導課)」において、急性心筋梗塞が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師が24時間対応可能であり、ST上昇型心筋梗塞の場合、90分以内に心臓カテーテル検査や経皮的冠動脈形成術等が開始できる体制を構築することとされている。

[論点]

- 医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外入院であって時間外対応加算が算定され、入院同日に経皮的冠動脈形成術等が一定程度実施されている医療機関を評価することとしてはどうか。

(イ) 精神疾患の評価

- 「精神科救急医療体制に関する検討会報告書」において、身体疾患を合併する精神疾患患者への対応としては、精神科と身体科の両方を有する医療機関による対応（並列モデル）と精神科医療機関と身体疾患に対応できる医療機関との連携による対応（縦列モデル）とが考えられ、精神科を有する救急対応可能な総合病院（並列モデルの病院）は、精神症状及び身体症状の両方とも中程度以上で急性期の対応が必要な患者、複数の疾患を合併し同時に複数の専門医療の提供が必要な精神疾患患者等の受け入れが期待されている。
- また、「疾病・事業および在宅医療に係る医療体制について（医政局指導課）」において、身体疾患を合併した患者を治療する場合には、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を得ることとされている。
- 平成 24 年度退院患者調査の結果報告において、精神病床を併設する病院と併設しない病院を比較した場合、併設あり病院の方が当該病院の一般病床における精神疾患を有する患者の受け入れが活発である傾向が示されている。

[論点]

- 以上のような背景を踏まえ、「A230-3 精神科身体合併症管理加算」の施設基準を取得している医療機関を評価する項目を追加することとしてはどうか。

【参考：平成 24 年度退院患者調査の結果報告より】

※ 一般病床に入院する精神合併症ありの患者数を集計した。

(一般病床の入院患者)	施設数	1病院当たりの精神合併症あり症例数	1病院当たりの精神合併症あり、救急車搬送あり症例数
精神病床併設なし	1,560	202.3	55.6
精神病床併設あり	214	505.7	111.0
		( $p < 0.05$ )	( $p < 0.05$ )

② 体制評価指数の具体的な算出方法の見直しについて

[論点]

- 都道府県アンケートの結果等を踏まえつつ、具体的な算出方法について見直すこととしてはどうか。

【参考：地域医療指数（体制評価指数）の概要】

	現行で評価されている項目	新たな評価項目（案）
1. がん	②がん地域連携（実績評価） ③地域がん登録（実績評価） ⑧がん診療連携拠点病院	
2. 脳卒中	①脳卒中地域連携（実績評価） ⑨24時間tPA体制	
3. 急性心筋梗塞	なし	⑪急性心筋梗塞の実績評価
4. 糖尿病	なし	
5. 精神疾患	なし	⑫精神科身体合併症の診療体制
6. 救急医療	④救命救急センター ④輪番制、共同利用型 ④救急車来院患者数（実績評価）	
7. 災害医療	⑤災害拠点病院 ⑤DMATの指定 ⑩EMISへの参加	
8. へき地医療	⑥へき地医療拠点病院の指定 ⑥社会医療法人におけるへき地医療の要件	
9. 周産期医療	⑦総合周産期母子医療センター ⑦地域周産期母子医療センター	
10. 小児医療 （在宅医療）	なし なし	

【現行の体制評価指数（4疾病・5事業）】

	医療連携体制	医療提供体制	対策事業等
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	—	—	—
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	—	—	—