

機能評価係数 の見直しについて（その４）

平成 26 年度診療報酬改定に向けて、前回の DPC 評価分科会（平成 25 年 11 月 13 日）の議論を踏まえ、機能評価係数 に関するさらに具体的な検討を行う。

（各係数の具体的な評価内容については、「別紙」を参照すること。）

1. データ提出指数

【前回の DPC 評価分科会で上がった主な意見】

[様式の矛盾のない記載について]

エラーチェック前のデータの精度で評価すべきではないか。

[保険診療指数の考え方・名称について]

保険診療を評価するという考え方は一定程度有益なことであると考えられるが、保険診療指数という名称はあいまいであり、保険診療全てをカバーする形になってしまうので、名称はある程度中身の分かるものにすべきではないか。

データ精緻化指数といったように内容が分かりやすい名前にすべきではないか。

[部位不明・詳細不明コードの使用割合について]

標準病名マスターに「.9」コードしかないような重要な病名が多数含まれている現状では、余り基準を厳しくしすぎるのは逆に未コード化傷病名の増加につながる懸念もあるのではないか。

指数の減算幅は、5%でもよいのではないか。

[副傷病の評価について]

レセプトの記載要領で定義されている「副傷病」と DPC 調査で指す「副傷病」で概念に違いがあるので、明確にすべきではないか。

様式 1 の記録方式を縦持ち化したことで副傷病名の記入可能な個数の制限がなくなると考えられるので、なるべく早急に記入欄を増やした方がよいのではないか。

[未コード化傷病名について]

未コード化傷病名はレセプト審査上チェックをかけることができず、通常であれば数%以下になるはずであるが、中には 100%未コード化傷病名となっている病院もあるので、何らかの対応が必要ではないか。

未コード化傷病名は、レセプト電算コードと ICD コードの整合性、関連性の問題に関する議論が必要ではないか。

カットオフ値は 10%では少し厳しいのではないか。

[適切な保険診療の普及のため取組の評価]

適切な保険診療の普及のための取組は重要であることは理解できるが、指導医療官を大学から派遣することが果たして適切な保険診療につながるのか疑問がある。

審査支払機関の審査員も評価対象となり得るのではないか。

指導医療官の派遣は 群だけに限定する必要はなく、 群も対象にしてもよいのではないか。また、 群に限定するのであれば、特定機能病院の要件として取り入れたほうがよいのではないか。

医師が療養担当規則を守ることは重要なので、初期臨床研修でコーディング等について教育に取り入れることを考えた方がよいのではないか。

(1) 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)

[対応案]

DPC 対象病院における、質が遵守された DPC データの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評する指数に概念を拡大することとしてはどうか。

名称について「データ提出指数」から「保険診療指数」に名称を変更することとしてはどうか。

(考え方)

「適切な DPC データの提出」、「適切なレセプトによる請求」、「適切な保険診療の普及のための取組み」等を評価する指数に概念を拡大することとしてはどうか。

(2) 「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

[対応案]

「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合に指数を減じることとしてはどうか。

指数の減算幅については、現行の通り「5%」とすることとしてはどうか。

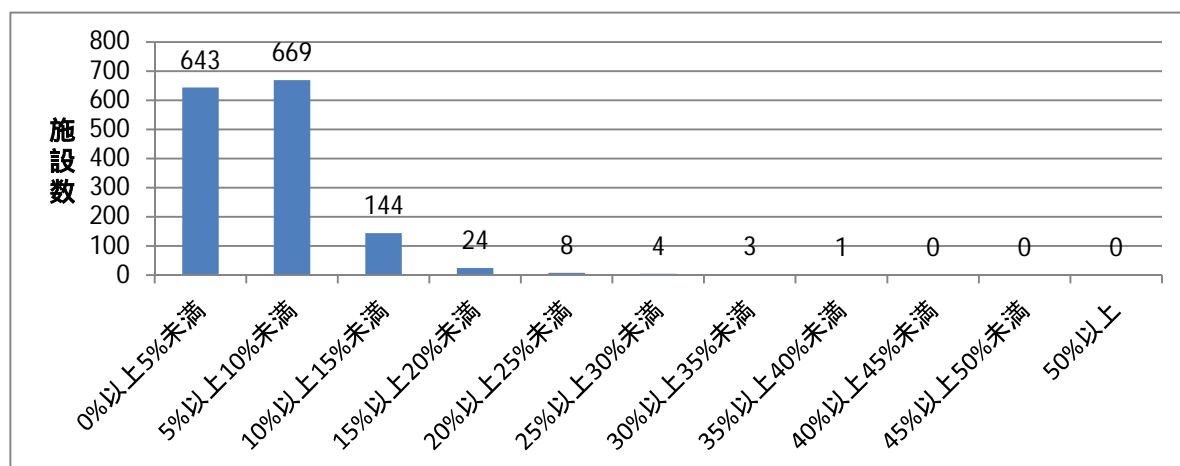
(考え方)

「部位不明・詳細不明のコード」は、標準病名マスターが原因で一定程度発生してしまう可能性があり、現時点で医療機関の努力のみで解決しにくい問題があるため現在の基準より厳しくするのは難しいのではないかという意見があった。

現行の「5%」という減算幅であっても、改善へのインセンティブを認めていることから、現行の評価方法のままで良いのではないかという意見があった。

「部位不明・詳細不明のコード」の使用をさらに減らしていくためには、標準病名マスターの整備が必要であり、今後対応を検討することとしてはどうか。

【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】



(3) 新規評価項目(案)

(ア) 様式間の矛盾のない記載

[対応案]

～ のいずれか矛盾があるデータが「1%」以上ある場合、指数を一定程度減じる評価方法を導入することとしてはどうか。

様式1(親様式・子様式)の記載矛盾

様式1とEFファイルの記載矛盾

様式4とEFファイルの記載矛盾

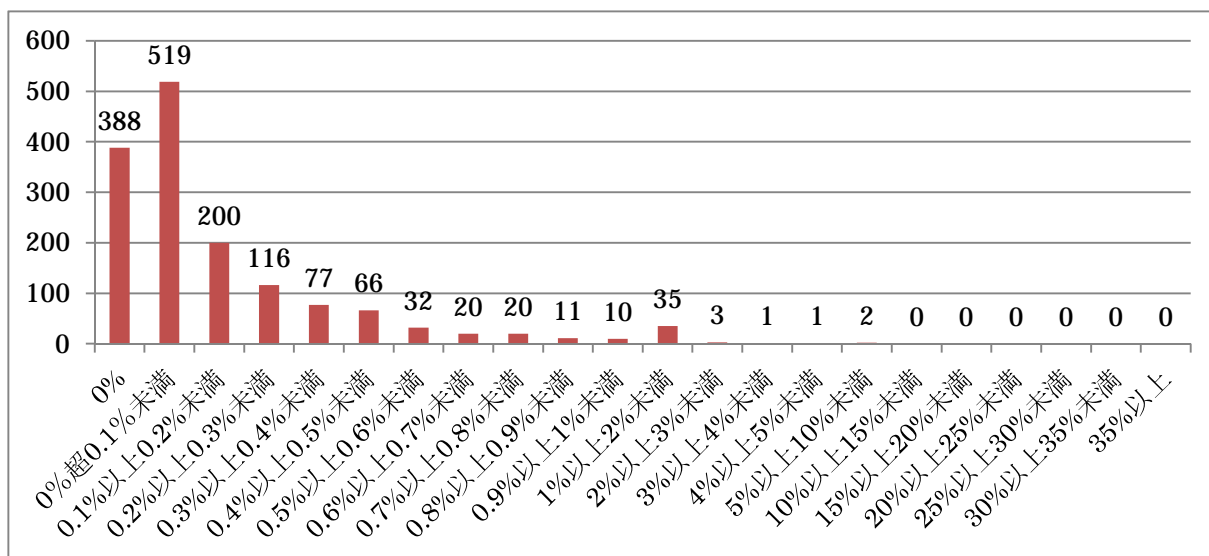
DファイルとEFファイルの記載矛盾

(考え方)

様式間の記載矛盾があるデータは、分析対象として取り扱うことが難しいことから、DPCデータの質としては低い。

DPCデータについては事務局でエラーチェックを行い、記載内容に問題があると考えられる場合一旦医療機関に返戻しているが、返戻後に提出されたDPCデータの様式間の記載矛盾が「1%」以上を占める医療機関については、減点の対象として評価することとしてはどうか。

【 ~ いずれかの矛盾がある症例の割合の医療機関ヒストグラム】



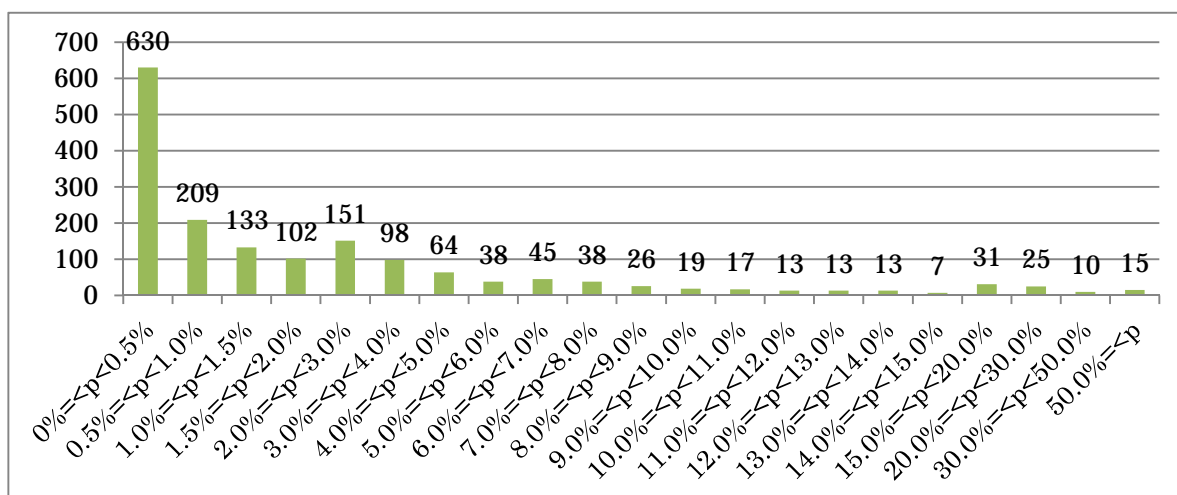
(イ) 傷病名コードに記載された傷病名を用いたレセプトによる請求

[対応案]

当該医療機関における入院医療分のレセプトに記載されている傷病名数のうち、傷病名コードが「0000999」(未コード化傷病名)である傷病名の割合が「20%以上」である場合、指数を一定程度減じ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。

【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】



(ウ) 適切な保険診療の普及のため取組の評価

[対応案]

次回以降引き続き検討する。

(4) その他 (副傷病名の適切な記載について)

[対応案]

副傷病名の記載に関する評価手法の導入については、病名の質を担保する評価指標の設定が難しいことから、次回改定では機能評価係数による評価は見送ることとし、まずは医療機関に副傷病名の適切な記載を周知していくこととしてはどうか。

副傷病名の記載に関する医療現場の実態については、今後必要に応じて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。

(考え方)

副傷病名については、より精緻な DPC 点数表の設計に向けて、質の高い傷病名(医療資源投入量や在院日数に影響を与える傷病名)の記入が求められるが、質を担保する指標がない限り質の低い傷病名の記入が増えるだけの結果となってしまう可能性がある。

様式 1 において記入可能な傷病名の個数が制限されていること(現行では「入院時併存傷病名(4 つ)」「入院後発症傷病名(4 つ)」)が適切な副傷病名の記載を妨げている可能性があり、係数で副傷病名の記載を評価する前にこのような技術的な点についてまず検討するべきではないか。

5 . 救急医療指数

[対応案]

「別紙」の通り見直すこととしてはどうか。

6. 地域医療指数

(1) 体制評価指数について

[対応案]

「急性心筋梗塞の実績評価」については、医療資源を最も投入した病名が「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2日目までに下記の手術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。

- ・ K546 経皮的冠動脈形成術
- ・ K547 経皮的冠動脈粥腫切除術
- ・ K548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）
- ・ K549 経皮的冠動脈ステント留置術
- ・ K550 冠動脈内血栓溶解療法
- ・ K550-2 経皮的冠動脈血栓吸引術
- ・ K551 冠動脈形成術（血栓内膜摘除）

[対応案]

評価上限ポイントについて、「群・群」は例えば12P中10P、「群」は12P中8Pことにする等、群別に評価上限ポイントを設定することとしてはどうか。

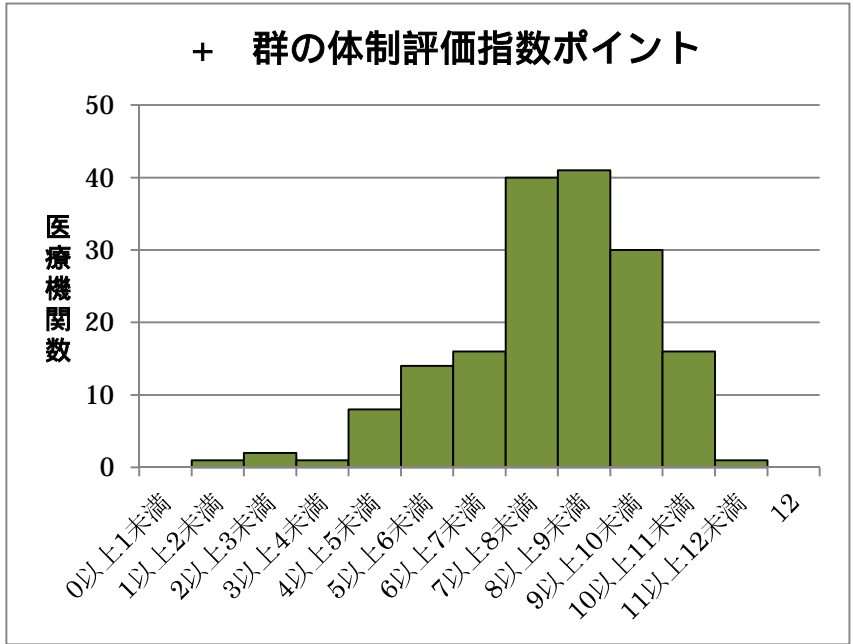
(考え方)

現行では、群～群それぞれにおいて10ポイント中7ポイントが評価上限となっている。

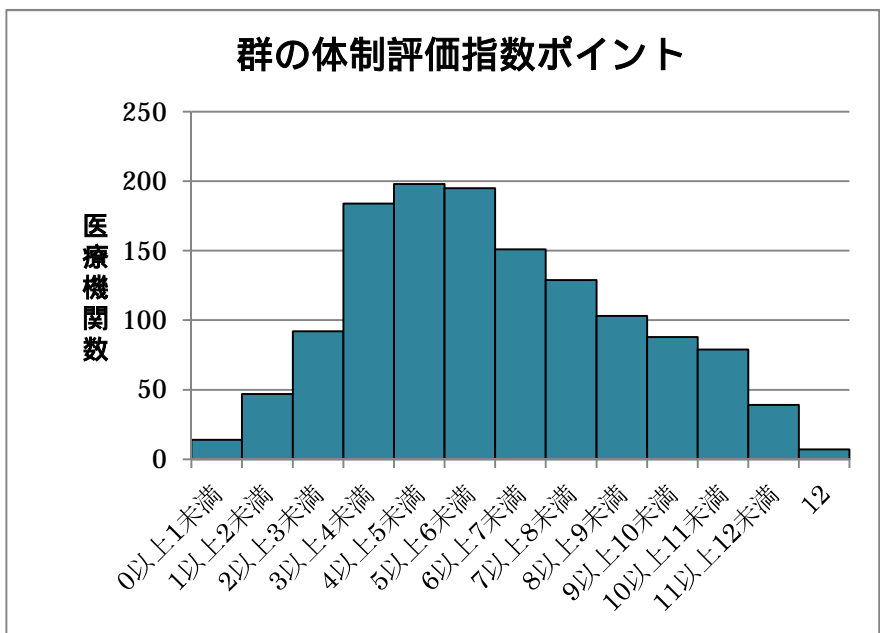
群病院については、全ての「疾病・事業」に協力する必要はないと考えられることから、評価上限（例えば8P）を設定することとしてはどうか。

地域において中核的な役割を果たすと考えられる群・群病院については、総合的な役割を果たすためのインセンティブとなるよう、群より高い評価上限（例えば10P）を設定することとしてはどうか。

【平成 25 年度の体制評価指数ポイントシミュレーション（上限 12 ポイント）】



| | |
|-----------|-------|
| | + 群 |
| 75%tile 値 | 9.00 |
| 90%tile 値 | 10.00 |



| | |
|-----------|------|
| | 群 |
| 75%tile 値 | 7.75 |
| 90%tile 値 | 9.46 |

[対応案]

各評価項目については、「別紙」の通り見直すこととしてはどうか。

「がん拠点病院」については、「小児がん拠点病院」等を評価対象に加えることとしてはどうか。

(考え方)

「小児がん拠点病院」については、平成 25 年 2 月に指定されたことから、評価対象とすることとしてはどうか。

群においては、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られた病院を評価対象しているが、今後「地域がん診療病院」および「特定領域がん診療病院」の指定が予定されており、平成 27 年度以降は評価対象を当該指定病院に変更することを今後検討することとしてはどうか。

7. 後発品推進指数(仮)(新)

[対応案]

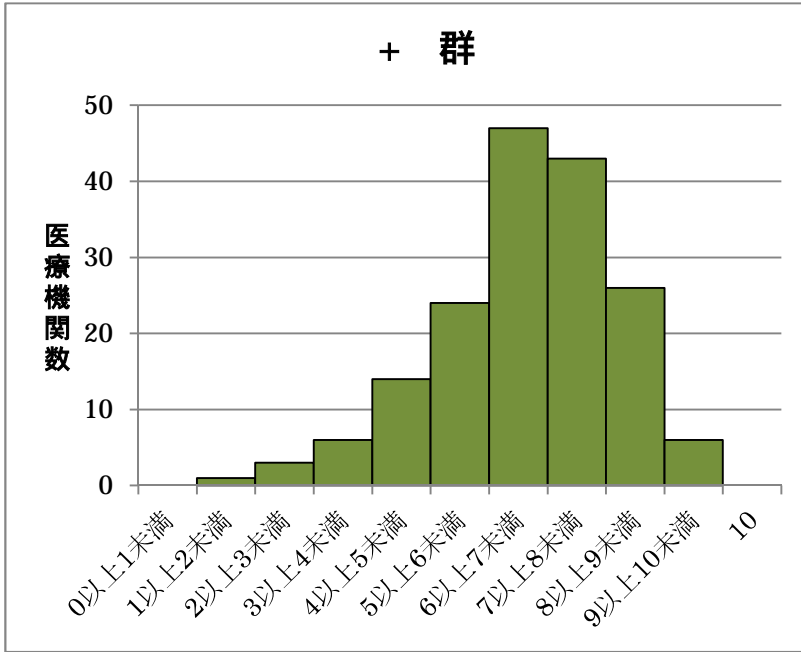
新たに新設を提案する後発医薬品の使用割合による評価指数の名称は、「後発品推進指数」とすることとしてはどうか。

参考集計

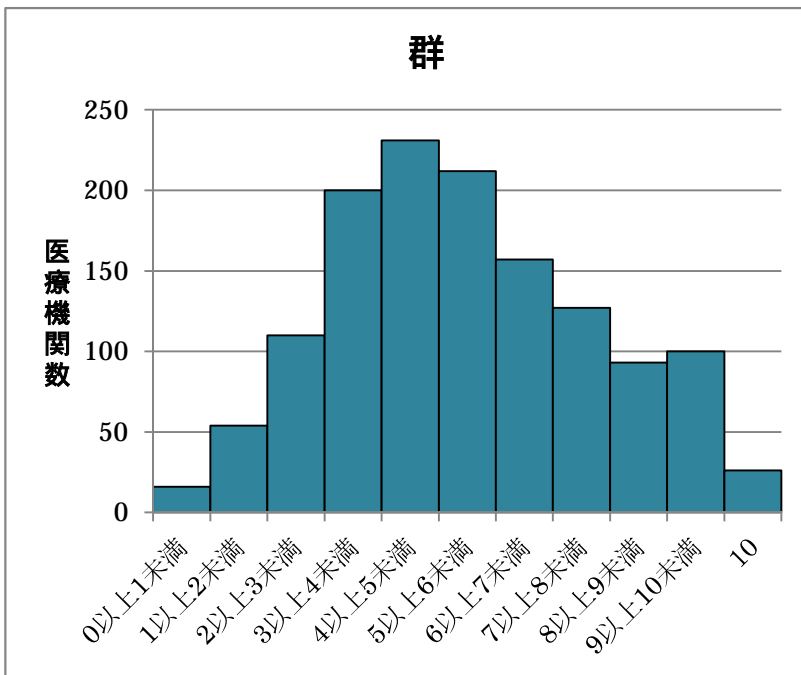
【地域医療指数体制評価指数の取得件数の一覧】

| | | DPC 病 院 群 | DPC 病 院 群 | DPC 病 院 群 | DPC 準 備病院 |
|-----------------------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 医療機関数 | | 80 | 90 | 1,326 | 244 |
| 脳卒中地域連携 | 地域連携診療計画管理料（脳卒中に限る） | 59 | 84 | 577 | 23 |
| 脳卒中地域連携 | 地域連携診療計画退院時指導料（ ）（脳卒中に限る） | 4 | 7 | 311 | 79 |
| 脳卒中地域連携 | 地域連携診療計画退院時指導料（ ）（脳卒中に限る） | 0 | 4 | 33 | 8 |
| がん地域連携 | がん治療連携計画策定料 | 79 | 74 | 440 | 7 |
| がん地域連携 | がん治療連携指導料 | 4 | 5 | 480 | 104 |
| 救急医療 | 医療計画上定められている二次救急医療機関であって、病院群輪番制への参加施設である。 | 30 | 56 | 1,054 | 160 |
| 救急医療 | 医療計画上定められている二次救急医療機関であって、共同利用型の施設である。 | 5 | 10 | 161 | 21 |
| 救急医療 | 救命救急センターである。 | 51 | 58 | 145 | 1 |
| 災害時における医療 | 災害拠点病院の指定を受けている。 | 65 | 69 | 409 | 28 |
| 災害時における医療 | 災害派遣医療チーム（DMAT）にかかる指定を受けている。 | 72 | 59 | 366 | 13 |
| へき地の医療 | へき地医療拠点病院の指定を受けている。 | 4 | 12 | 136 | 16 |
| へき地の医療 | 社会医療法人許可におけるへき地医療の要件を満たしている。 | 3 | 0 | 36 | 5 |
| 周産期医療 | 総合周産期母子医療センターの指定を受けている。 | 32 | 20 | 37 | 4 |
| 周産期医療 | 地域周産期母子医療センターの認定を受けている。 | 37 | 32 | 199 | 8 |
| がん診療連携拠点病院 | 都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受けている。 | 29 | 9 | 40 | 2 |
| がん診療連携拠点病院 | 地域がん診療連携病院の指定を受けている。 | 51 | 57 | 252 | 4 |
| がん診療連携拠点病院 | 都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定を受けている。 | 6 | 14 | 218 | 4 |
| 24時間 tPA 体制 | 超急性期脳卒中加算 | 73 | 84 | 536 | 17 |
| EMIS（広域災害・救急医療情報システム） | EMIS（広域災害・救急医療情報システム）へ参加している。 | 76 | 80 | 899 | 52 |

【平成 25 年度の体制評価指数ポイント（上限 10 ポイント）】



| + 群 | |
|-----------|------|
| 75%tile 値 | 7.53 |
| 90%tile 値 | 8.50 |



| 群 | |
|-----------|------|
| 75%tile 値 | 7.00 |
| 90%tile 値 | 8.30 |