

## 平成 24 年改定に向けた機能評価係数Ⅱの見直しについて（2）

### 1. これまでの議論を踏まえた今後の検討

前回（平成 23 年 9 月 21 日）の DPC 評価分科会での結論を踏まえ、今後次のような検討を進める。

#### (1) 現行機能評価係数Ⅱ（6項目）について

地域医療指数、救急医療係数、データ提出指数については必要な見直しを行う。（効率性指数、複雑性指数、カバー率指数については現行の評価方法を基本とする）

#### (2) 追加導入を検討すべき項目について

専門病院の評価、診療情報活用の評価（データ提出指数見直しとも関連）について引き続き検討する。

#### (3) 医療機関群設定との関係について

各項目において医療機関群毎の異なる評価手法の導入について、必要に応じて引き続き検討する（特に地域医療指数）。

### 2. 具体的な項目の検討

#### (1) 現行機能評価係数Ⅱ（6項目）について

##### 1) 地域医療指数

##### A 前回の検討を踏まえた見直しの基本的考え方

- ① 地域で発生する患者に対する各病院のシェアを中心に、退院患者調査データを活用した地域医療への貢献の定量的評価を導入する（定量的な評価指標の追加）。
- ② 地域医療計画等における一定の役割を評価する現行のポイント制についても現状を踏まえ必要な見直しを行う。

##### B 現時点での具体的な対応案

<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 (7項目)	⇒	体制評価（見直し）		
		<table border="1"> <tr> <td>定量評価（新設）</td> <td>1) 小児</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2) 上記以外</td> </tr> </table>	定量評価（新設）	1) 小児
定量評価（新設）	1) 小児			
	2) 上記以外			

※ それぞれの重みづけについては、最終的に中医協総会で議論

① 定量的評価の導入（松田委員提出資料を踏まえて検討）

【論点（案）】

i) 指標の定義（計算式）

[当該医療機関担当患者数]／[当該医療機関の所屬地域の発生患者数]を「指数」とするか。

ii) 「地域」の単位（区割り）

原則として二次医療圏とするか。但し、大学病院本院群・高診療密度病院群については、より広域的な対応が望ましいと考えられることから、三次医療圏も視野に入れるべきか。

前回の分科会で施設の立地条件（人口規模）により偏った評価となる（地方の方が有利な指標になる）との指摘があるが、人口や資本が集中する都市部とは環境が大きく異なる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適切に評価するという地域医療指数の趣旨からどう考えるか。

iii) 小児医療提供体制

対象患者数が少なく対応可能な医療機関が限られる（診療科閉鎖等の影響）等、成人とは別に一定の入院医療体制の確保が期待されることから、小児（15歳未満）とそれ以外（15歳以上）に分けて評価することも検討すべきか。

② 現行の7項目（定性的な体制評価）の見直し

地域医療を確保するための事業や体制構築に貢献するという観点から、体制を評価する指数としては維持するものの、具体的な評価手法や評価項目についてどう考えるか。

【論点】

i) 評価手法（ポイント制）

各評価項目に係る重み付けについてどう考えるか。

ii) 個々の評価項目

既存7項目について、それぞれどう考えるか。（前回分科会での意見を追記）

① 「脳卒中地域連携」

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)」を算定している医療機関を評価

② 「がん地域連携」

「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」を算定している医療機関を評価

③ 「地域がん登録」：削除してもよいのではという意見あり

地域がん登録への参画の有無を評価

④ 「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、拠点型若しくは共同利用型の施設又は救急救命センターを評価

⑤ 「災害時における医療」：削除してもよいのではという意見あり

DMAT（災害派遣医療チーム）指定の有無を評価

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

⑦ 「周産期医療」

総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの指定の有無を評価

※ また、24時間t-PA対応体制への評価を求める意見がでている。

## 2) 救急医療係数

### A 前回の検討を踏まえた見直しの基本的考え方

- 包括評価だけでは適正な評価が困難とされる救急医療提供への取組みを阻害しないためのメッセージとして、救急医療へのインセンティブを引き続き明示するという観点から、救急医療「指数」として設定する（但し、救急医療の体制に係る評価は地域医療指数の体制評価項目において対応する）。

### B 現時点での具体的な対応案

- 救急医療指数については、各医療機関における救急医療の診療実績をそのまま反映する「指数」とし、報酬額を直接算出する「係数」としての取扱いを廃止する（従って、「指数」の係数化については、各項目の重み付けの議論を含め、最終的に中医協総会において決定する。）

- [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）と包括点数との差額の総和]を「救急医療指数」とする。

### 3) データ提出指数

#### A 前回の検討を踏まえた見直しの基本的考え方

- 提出データの質的指標（評価指標）について、コーディングの実態や臨床的な視点から更なる精緻化を行う。

#### B 現時点での具体的な対応案

- 平成 22 年度に定義した「部位不明コード・詳細不明コード」について、ICD-10 の限界から日常的に使用しうる傷病名がやむを得ず当該コードに分類される場合があることから、これらについて今後、関係有識者（日本診療情報管理士会）の支援を得ながら当該コード一覧から除外する。

## (2) 追加導入を検討すべき項目について

### 1) 診療情報の提供や活用等、診療の透明化や改善の努力の評価（新規）

#### A 前回の検討を踏まえた基本的考え方

- 退院患者調査等のデータを活用し、病院自らが患者や住民に対して積極的に自施設の診療に関する追加的な情報も含めて情報を提供することにより、診療内容の透明化や改善の促進が期待できることから、これらの取組みをインセンティブとして評価すべきとの指摘がある。
- 一方で、単に公表されているデータ等を一方的に提示するだけでは評価に値しないとの指摘もあることから、公表の様式（フォーマット）も含めた適切な評価対象の設定が重要と考えられる。

#### B 現時点での具体的な対応案

- 患者や住民にとって、全施設に係る集計等の公表データだけでは個別施設の診療特性が簡単には把握・理解できないことから、各施設において、一定の診療実績に係る情報（公表データに一定の独自情報を付加）を自施設や厚生労働省のホームページにおいて公表した場合について、一定の評価を行うことを検討してはどうか。

- 公表する項目及び様式等については、引き続き検討し、可能な項目について一定の周知期間を経て試行的に実施してはどうか(例えば平成 25 年度目途に実施)

<項目のイメージ>

様式 1 のみで表計算ソフトを用いて集計可能なもの等

- ・ 症例数トップ 20 の DPC (診断群分類) 及び DPC 毎に平均在院日数、自宅退院率、平均年齢や患者用クリティカルパス
- ・ 肺炎 (040080) の重症度別患者数と平均在院日数
- ・ MDC 別予定・緊急入院の割合
- ・ 主要手術の術前、術後日数 等

2) 専門病院の評価 (新規)

A 前回の検討を踏まえた基本的考え方

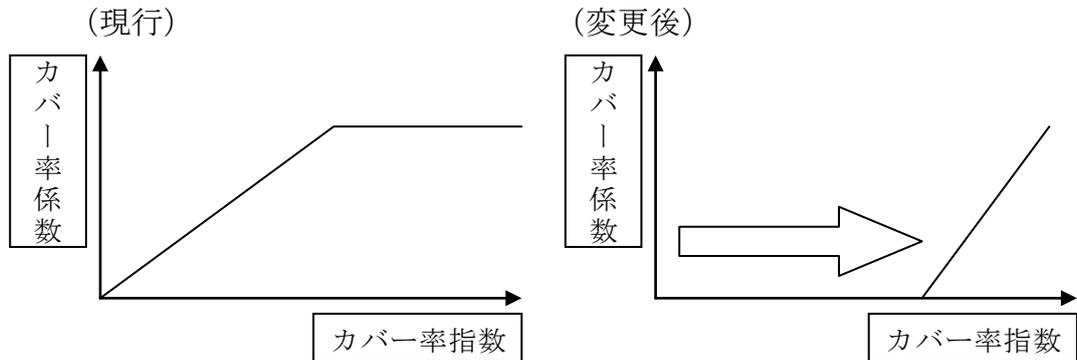
- 専門病院等における専門的診療の評価のあり方について、平成 22 年機能評価係数Ⅱの導入時の検討においては、専門病院等における専門的診療はカバー率の評価においては不利ではあるものの、効率性・複雑性を高めやすい環境にあること、逆に総合病院は多くの診療科を擁し、複合的な疾患を診療することも多く、必ずしも効率性を高めることが容易とは言えないこと等からカバー率を含めた三指標が導入された。
- また、効率性や複雑性以外に専門的診療を評価できる適切な指標はなく、更に、傷病名の集中度を評価することはカバー率の評価軸と整合性がとれないとの指摘もある。

B 論点

- 専門病院等の効率性係数・複雑性係数の分布図 (P8 参照) から、現行の評価体系についてどう考えるか。
- 専門病院等のカバー率の評価において不利となるような専門的診療に配慮するため、カバー率の評価基準を再検討する余地が有るのではないか。

<再検討のイメージ>

カバー率係数の本来の評価趣旨（総合性）に合うように、カバー率の高い施設に限定して評価

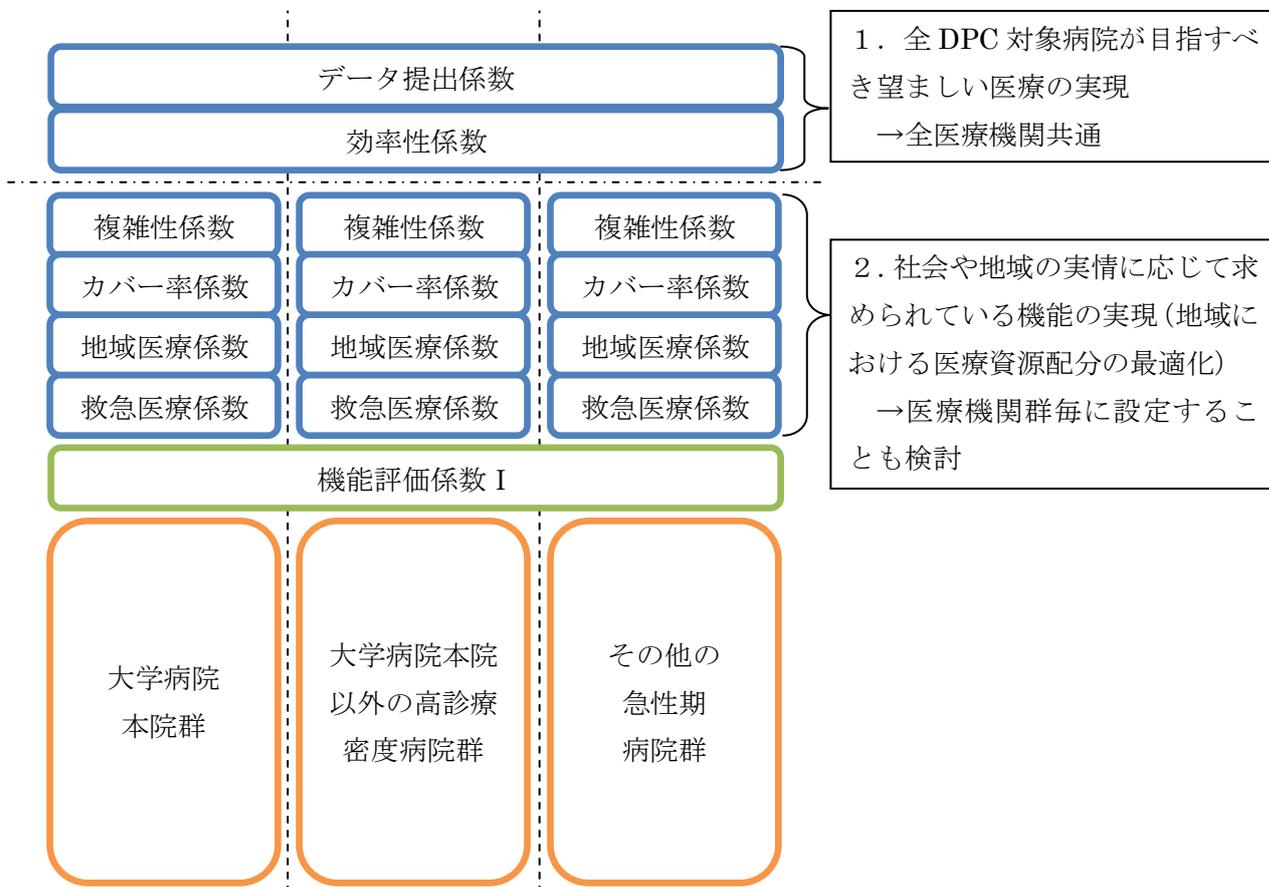


(3) 医療機関群設定との関係について

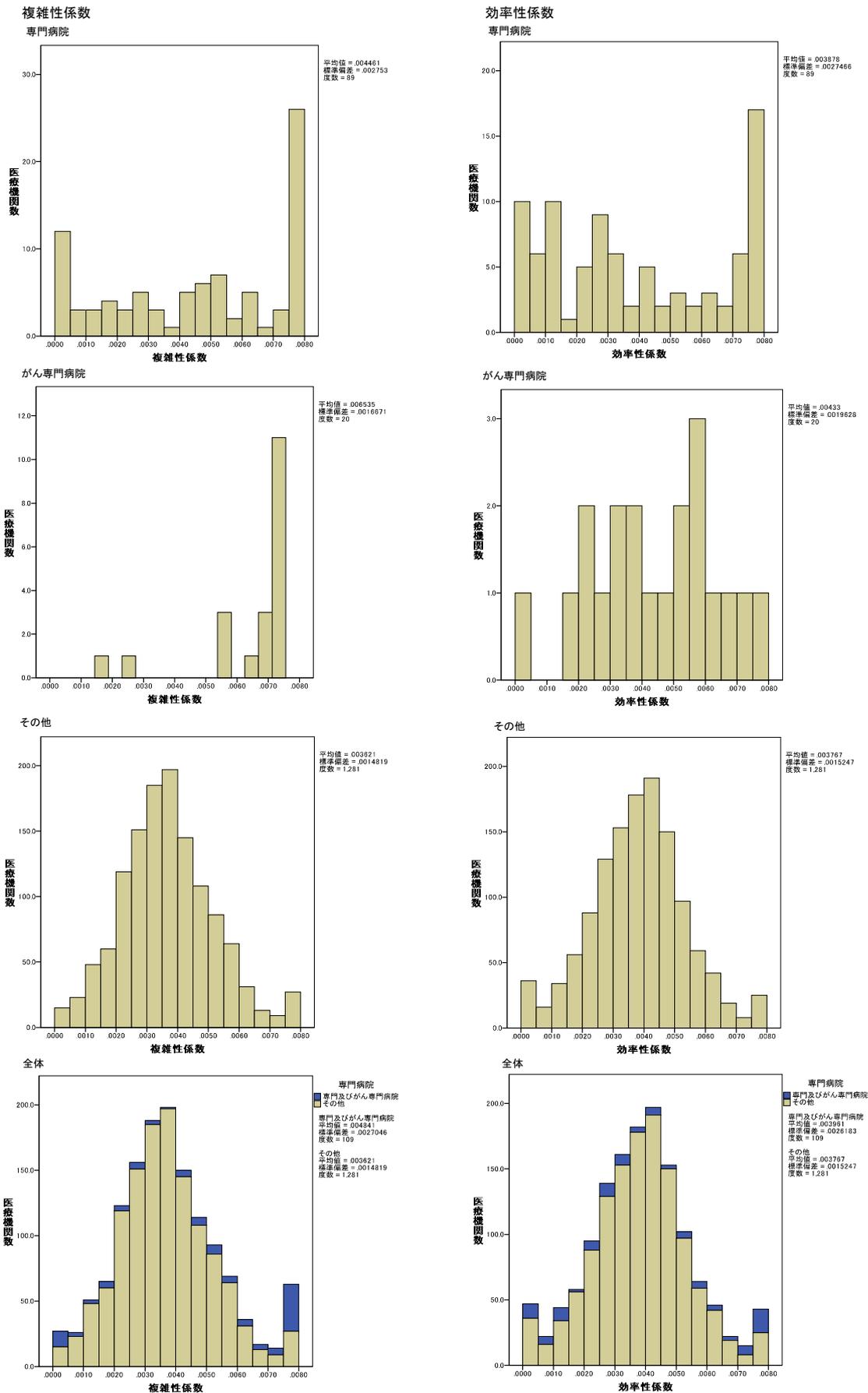
- ① 「全 DPC 対象病院が目指すべき望ましい医療の実現」の 2 項目（データ提出、効率性）については、全医療機関共通の係数・指数としてはどうか。
- ② 「社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現（地域における医療資源配分の最適化）」の 4 項目（複雑性、カバー率、地域医療、救急医療）については、係数・指数の集計や評価方法の設定を医療機関群毎に検討してはどうか。

※ 新規項目は、その性質に照らし合わせ別途検討。

<医療機関群との関係に係るイメージ（3群の場合）>



## 専門病院等における複雑性係数・効率性係数の分布



<補足>

がん専門病院(20病院): がんに関するDPC(診断群分類)に該当する患者が全患者の50%以上である病院  
 専門病院(89施設): がん専門病院ではない病院のうち、特定のMDC(主要診断群)に該当する患者が全患者の50%以上である病院  
 その他(1281施設): 上記以外の病院

## 参考 2：機能評価係数Ⅱの評価方針（抜粋）

### 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>

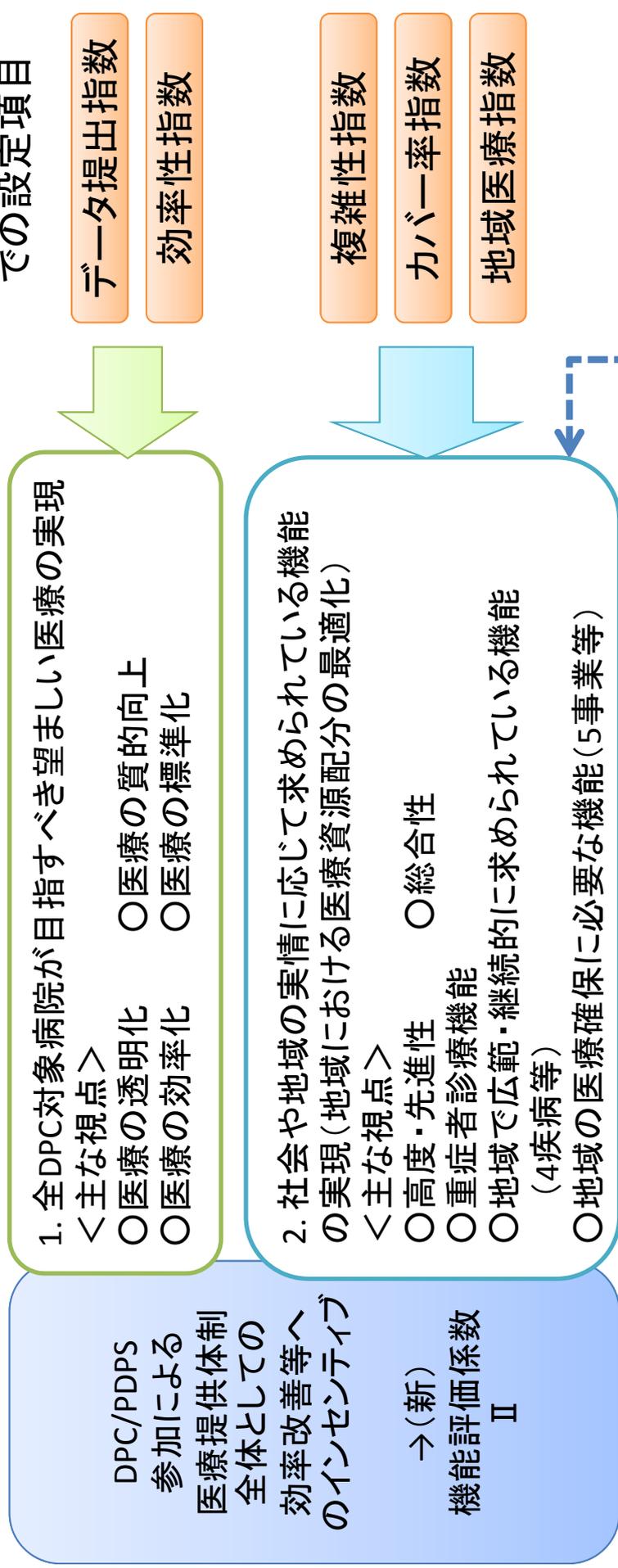
- 高度・先進的な医療の提供機能（高度・先進性）
- 総合的な医療の提供機能（総合性）
- 重症者への対応機能（重症者対応）
- 地域で広範・継続的に求められている機能（4 疾病等）
- 地域の医療確保に必要な機能（5 事業等）

### 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関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。

# 調整係数見直し後の最終的な医療機関別係数のあり方を踏まえた機能評価係数Ⅱの再整理

## 今後の機能評価係数Ⅱの具体的な評価方針



平成22年改定での設定項目