

保険診療係数について（2）

1. 前回の指摘事項

- (1) 適切な DPC データの作成
- 新たな基準値を検討するにあたり、統計的な手法により決定してはどうか。
 - コーディングの正確性を要件としてはどうか。
- (2) 病院情報の公表
- 公表項目は、DPC データから作成できる医療の質に関連した項目を増やすべきではないか。厚生労働科学研究で作成された指標（D-2 参考 3）を参考にしてもよいのではないか。
 - 2) 診断群分類別患者数等、6) 診療科別主要手術別患者数等（D-2 参考 1 P18）については、上位 5 つでも少ない病院もあれば、3 つでも多い病院もあるのではないか。このため、上位 3 つまでは必須とし、5 つまでは任意で記載できることとしてはどうか。
 - 公表情報については、閲覧しやすい環境を整えるべきではないか。
- (3) I・II 群の医療機関の体制
- 指導医療官の派遣（I 群のみ）については、評価による効果を比較してはどうか。
 - 精神科診療（I 群・II 群）については、実質的な評価となるようその他項目との整理が必要ではないか。

2. 指摘を踏まえた検討（案）

- (1) 適切な DPC データの作成
- ① 評価の考え方
- (ア) 部位不明・詳細不明コード
- ・ 様式 1 の「医療資源を最も投入した傷病名」の ICD コードとして、「留意すべき ICD コード」を入力した割合について評価を行っている。部位不明・詳細不明コードが入力される割合は低いことが望ましいが、死亡症例等で詳細な ICD コーディングが困難な例は存在する。
 - ・ 現在は部位不明・詳細不明コードの使用割合が 20%以上を基準値としており、11 病院が減点となっている。平均+2SD（値 12.57%）を超えているのは 54 病院存在する（D-2 参考 1 P19）。
- (イ) 未コード化傷病名
- ・ 未コード化傷病名は、本来傷病名マスターに収載されていない傷病名について用いられるものである。全 DPC レセプトのレコードにおける傷病名マスターに収載されていない傷病名の割合は約 0.17%である。一方で、未コード化傷病名の割合は病院の患者構成等により適正值が異なることが考えられる。

- ・ 現在は未コード化傷病名である傷病名の割合が 20%以上を基準値としており、1 病院が減点となっている。仮に 0.17%以上を基準値とした場合は、1047 病院が減点となり、平均+2SD（値 5.7%）を超えているのは 59 病院存在する。2%以上を基準値とした場合は、約 84%tile 値に相当し、275 病院が減点となる（D-2 参考 1 P20,21）。
- (ウ) コーディング不一致
- ・ 実際に選択された診断群分類番号と、様式 1 及び EF ファイル等から機械的に選択した診断群分類番号とが異なっているものの割合（コーディング不一致率）については、最大値は 11.50%で、中央値は 0.19%であった。コーディング不一致のうち、全てがアップコーディングであった医療機関は 173 病院存在した（D-2 参考 1 P22,23）。
 - ・ 但し、コーディングは機械的に選択した診断群分類番号と実際に医療機関が選択した診断群分類番号が異なる場合、実際の診療内容や経過を踏まえれば医療機関の選択した診断群分類の方がより適切な場合も考えられるので、評価項目とすることは必ずしも適切ではない可能性がある。

② 対応方針（案）

- 部位不明・詳細不明コードの使用割合については、平均+2SD 値を考慮し、基準値を 10%以上に見直してはどうか。
- 未コード化傷病名の割合については、全レコードにしめる未コード化傷病名の割合が 0.17%であることや、全体に占める割合（84%tile 値）を考慮し、2%以上に見直してはどうか。
- コーディング不一致については、報酬評価として活用するには課題もあることから評価項目としては活用しないこととしてはどうか。

(2) 病院情報の公表

① 評価の考え方

- 病院情報の公表は、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評価の導入を検討された。
- 現状は 7 項目（D-2 参考 1 P18）の評価となっているが、平成 30 年度改定にむけた検討の中間報告において、「医療の質を示す指標の測定や公表」についての評価を検討することとしている。

② 対応方針（案）

- 平成 30 年度の機能評価係数Ⅱの設定に用いる評価は、前回の指摘事項を踏まえ、以下の対応を行ってはどうか。

- ・ 現在の7項目で評価する。
 - ・ 2) 診断群分類別患者数等、6) 診療科別主要手術別患者数等については、上位3項目の記載を必須とし、5項目まで記載可能とする。
 - ・ 4) 成人市中肺炎の重症度別患者数等については、臨床で用いられている分類に沿って見直す。
- 評価項目として新たに追加する項目については、DPCデータを用いて作成可能な指標について、共通指標セット(※)を参考にしながら、平成31年度の機能評価係数Ⅱの評価に向けて検討することとしてはどうか。
- ※ 医政局において、平成22年度より、「医療の質の評価・公表等推進事業」を実施。本事業は、国民の関心の高い分野について、医療の質の評価・公表等を実施し、その結果を踏まえた、分析・改善策の検討を行うことで、医療の質の向上及び質の情報の公表を推進することを目的としている。平成29年度事業においては、本事業に参加する病院団体で共通指標(D-2参考3)を用い、その一部を公表することとしている。

(3) I・II群の医療機関の体制

① 評価の考え方

- 指導医療官の派遣実績のあるI群の医療機関とそうでない医療機関を比べると、派遣実績のある医療機関の方が、コーディング不一致が少ない傾向は見られず、派遣の効果が認められるとは言えないのではないか(D-2参考1 P22)。
- 精神科診療については、地域医療係数の評価を比較すると、保険診療係数で評価されている医療機関は地域医療係数でも評価される傾向にあり、その逆の傾向も見られた(D-2参考1 P24,25)。

② 対応方針(案)

- 指導医療官については、派遣実績が少なく、派遣の効果も十分に認められないことから、廃止することとしてはどうか。
- 精神科診療に対する評価は、保険診療係数ではなく、地域医療係数において評価することとし、評価内容については引き続き検討することとしてはどうか。