

新たな機能評価係数についての D P C 評価分科会委員の提案

平成21年1月6日

DPC評価分科会
会長 西岡 清 殿

DPC評価分科会・委員
相川 直樹

新たな「機能評価係数」の提案について

新たな「機能評価係数」につきまして、地域の救急患者受入れ数に応じた評価係数として、「救急患者受入れ機能係数（仮称）」を提案いたしますので、ご検討ください。

記

1. 趣 旨

「救急患者受入れ機能係数（仮称）」は、救急患者の「受入れ要請に対応できる機能」即ち「救急応需」を評価するものである。

その導入は：

- ①昨今、「救急患者受入れ不能事例の増加」が大きな社会問題となっているが「救急患者受入れ機能係数（仮称）」導入により、地域の救急医療体制を改善し得る。
- ②救急患者は急性期医療を要することから、「急性期入院医療を担う DPC 対象病院」の機能、特にその「社会的に求められている機能」を評価する係数として適切である。
- ③DPC による診療報酬において、個々の重症救急患者の医療は「救命救急入院料」や「特定集中治療室管理料」などの「特定入院料」で個々の患者ごとに加算評価されているが、これらは地域の急性期医療を担う「DPC 対象病院としての機能」を総合的に評価するものではない。また、救急受入れ要請の時点では、これらの「特定入院料」が算定される患者であるか否かが不明なこともあり、「まず救急患者を受入れること」、「救急患者受入れ要請を断らないこと」を評価するものではない。

2. 算定対象受入れ患者

「算定対象受入れ患者」は、以下の重症の救急患者とする。

- ①救急車（民間の運営による救急車を除く）による搬入患者で、緊急入院患者（概ね退院数の5～15%）
- ②上記①以外の患者においては、深夜診療患者（入院日に時間外加算が算定される患者）

あるいは日曜日等（日曜日、祝祭日、年末年始）に受診し緊急入院した患者

3. 評価係数の算定イメージ

年間の算定対象受入れ患者数（ p ）を DPC 算定病床数（ q ）で除した値（ p/q ）を基とする「連続的評価」が望ましい。その場合、 p/q がある一定の値を超えた場合に連続的評価の対象となる。 p/q に上限を設定するか否かは、今後検討する。

p/q にいかなる「定数」を乗じて実際の機能評価係数とするかは、今後検討する。

4. 課題

①上記提案は、「小児救急患者」と「産科救急患者」とをも包含するが、これらの救急医療の特性を考慮して、算定対象受入れ小児患者数と DPC 算定小児病床数ならびに算定対象受入れ産科患者数と DPC 算定産科病床数から、小児と産科救急ではそれぞれ別個の p/q を算出し、「定数」も別個のものを検討すべきである。

②「救命救急入院料」や「特定集中治療室管理料」などの「特定入院料」の診療報酬と「救急患者受入れ機能係数（仮称）」とは、一部の（重症）救急患者において、重複して評価されることにならないかという課題については更に検討すべきであるが、私見は趣旨の③で述べた。

③上記「2. 算定対象受入れ患者」の②において、「日曜日等」に土曜の休診日を含めるか否かについて検討すべきである。私見としては、DPC 対象病院が休診日としている「土曜日」（や開院記念日等）の受診患者については算定対象外とするべきと考えている。その理由は、公的病院等では急性期病院でありながら土曜日休診が多く、これが土曜日に診療している病院における救急患者増加につながっている。休診としている土曜日に診療した患者数を評価し、土曜日を休診としていない病院に日中に来た救急患者の診療を算定しないのは、「救急応需の評価」に逆行するからである。

以上

高度医療指数

DPC 分類の点数が高いほうから仮に 10% の DPC 分類を選出。同分類の割合が、全患者の $x\%$ 以上なら、新たな機能係数として加算 1.001、 $y\%$ なら 1.002（10%、 x 、 y 、および加算部分は、データ解析後に検討）

根拠：高度医療は、出来高払いでは、一般に不採算の傾向にあるので、現行の 1 日当たりの点数は、コストを適切に反映していない。そこで、高い点数の DPC が一定の割合を構成している場合には加算の対象。なお、こうした直接的な評価のほうが、松田班が提示した、平均在院日数が相対的に長いことを評価する「複雑性指数」よりも適切と考える。

以下は意見として：

1. 救急入院の手術を評価することは、「救急」の定義が難しく、また仮に評価する場合には、DPC 病院以外との公平性から、手術に対する加算とした方が適切と考える。
2. 希少性指数は、DPC 分類に対応した点数がついているので、真の希少でなく、また、単に分岐を選ぶことによって達成できるので、適切でないと考える。

以上、ご参考にしていただければ幸いです。なお、高度医療指数に対する、医療課としてのお考えをお知らせいただければ幸いです。

新たな「機能評価係数」の項目について

1. 配布資料「調整係数の廃止と新たな機能評価係数の設定について」の具体的評価の例の中でも特に評価する必要がある項目

- ・ 難病や特殊な疾患等に対応できる専門性を反映した評価
- ・ 地域医療への貢献度を評価
 - 地域医療計画の定める事業に応じた評価
 - 地域の救急患者の受け入れに応じた評価

2. 配布資料「調整係数の廃止と新たな機能評価係数の設定について」には具体的評価の例としては記述されていないが、評価すべき項目

- ・ 入院患者の高齢患者数の割合から看護ケアを評価
- ・ 入院患者への精神科診療の対応の評価
- ・ チーム医療の評価

平成21年1月21日

中央社会保険医療協議会

診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

分科会長 西岡 清 殿

小 山 信 彌

調整係数廃止と新たな機能評価係数の設定に伴う提案

1. 調整係数の段階的削減の提案

調整係数の廃止は段階的に行い、少なくとも3回の改定の後に廃止する。

現行の調整係数を、全て機能係数に変えることは不可能と考える。まず、平成22年度では代表的なものを機能係数でおきかえて（現調整係数の3分の1程度か）、その結果を検証して、2回目を行い、その結果を再度検証して、3回目の改定において完全に廃止をおこなう。これは、医療現場に無用な混乱を生じさせないように調整係数を廃止するための提案である。

2. 救急入院の取り扱いについての提案

- ① 緊急入院を要する場合は、同一疾患群分類であっても診断が
ついていないため、予定入院に比して、入院初期に検査料等多
額のコストが必要である。緊急入院の場合は、起算時間を初診
時とした入院後24時間（午前0時をまたがる場合は、最長2
日間）に限りDPCより除外し、診療報酬を出来高とする。

- ② 救急車等による救急搬送患者数、時間外・休日等の緊急入院患者数による救急医療体制の評価を行う。

3. 現在の加算点数見直しの提案

- ① 入院基本料の見直し

現行の評価では低く、高度な医療を提供できる体制を維持することが困難であるため、医師を常時配置しておくにふさわしい加算点数を設定していただきたい。

- ② 手術の施設基準の加算の新設について

施設基準適合が条件となる手術の届出数、年間の手術実施件数および当該実施手術に対する難易度別（外科系学会社会保険委員会連合のE項目について）の実績数を評価していただきたい。

- ③ チーム医療の評価について

医師、看護師、薬剤師、栄養管理部門、褥創管理ケア部門、医療安全対策部門、感染対策部門等の複数の異なる職種が関与するチーム医療の評価について、加算点数を見直していただきたい。

- ④ 紹介・逆紹介率、地域連携に応じた評価について

地域の診療所・医療機関と連携し、専門領域の紹介患者を多く受け入れ、その後必要に応じて地域の診療所・医療機関等で治療を継続していくという医療連携体制を推進するため、その紹介率・逆紹介率に応じた評価をしていただきたい。

4. 従来の医療機関別係数の見直し

① 臨床研修病院入院診療加算の見直し

臨床研修病院として、研修プログラムの作成や実施に多くの労力を費やしているため、体制作りに対する評価をしていただきたい

② 診療録管理体制加算の見直し

複数の診療情報管理士を確保しなければ適切な情報管理・情報提供が行えない環境になっており、専任の診療記録管理者の配置による診療録管理体制や適切なコーディングを確保する体制を維持するためにも診療情報管理士の人数等による評価をしていただきたい。

③ 医療安全対策加算の見直し

実際にかかる費用は、かなり高額となっていており、収益の1%程度まで引き上げていただきたい。

5. 新たな機能係数の提案

(1) 人員配置に対する評価

① 全診療科医師の充足および日・当直体制の評価

総合病院においては、夜間・休日にかかわらず、常に全診療科医師、輸血専任医・病理医・臨床検査専門医等が日・当直体制を組んでいることに対する評価をしていただきたい。

② 小児科・産科・精神科の重症患者の積極的な受け入れ体制の評価

小児科・産科・精神科の重症患者の積極的な受け入れ体

制を維持するため、他医療機関からの低出産体重児受入数や周産期重症症例の受入数などの評価ならびに医師・看護師の配置を評価していただきたい。

③ コメディカルスタッフの配置に関する評価

薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、臨床工学技士、医療ソーシャルワーカー、看護必要度の高い病棟における看護補助者、医師の事務作業負担軽減のための事務作業補助者、電子カルテ導入による情報処理担当者等が診療報酬に直接反映されていないにもかかわらず、安全かつ先進的な医療のため、重厚に配置していることを評価していただきたい。

(2) 地域支援への貢献等に対する評価をしていただきたい。

- ① 救急病院
- ② 地域支援病院
- ③ 地域中核病院
- ④ さまざまな拠点病院（がん、治験、災害）

(3) 特定機能病院係数あるいは大学病院係数の新設

- ① 救命救急センター、がん診療連携拠点病院、災害拠点病院などの役割・機能を維持するため、特定機能病院が満たしている現行の承認要件を一つの基準とする特定機能病院係数を新設していただきたい。
- ② 多種多様・希少疾患の受入れに対する評価

特定機能病院の複雑性指標、希少性指標が他の急性期

病院と比べて高いことが明らかとなっている。

特定の移植医療のような認定施設が限定されている疾患群や多種多様・希少疾患患者を受入れている特定機能病院においては、適切な入院期間を維持するため、医療の質や看護の質の向上、医療安全対策、入院から退院までの業務のマネジメントの強化に努めているため、その機能を評価していただきたい。

③ 診療サポートに対する評価

高度で先進的な診療のサポートを行うため、細胞移植再生医療、臍帯血バンク、遺伝子診断科など特色ある部門に対する評価をしていただきたい。

④ 地域支援への貢献等に対する評価

通常の診療だけでなく、地域支援としての中核病院、臨床教育・研究の基幹病院としての役割を評価していただきたい。

⑤ 治験に関する評価

技術革新の観点から、医薬品や医療材料の開発・治験に関して、その実施数に応じた評価をしていただきたい。

⑥ 高度先進医療・先進医療を実施するための設備投資等に対する評価

高度先進医療・先進医療を実施するために必要な高額医療機器の更新に対して、基準を設けて評価していただきたい。

⑦ 臨床研修医の卒後教育実施体制、臨床研修修了後の各診療科医師の後期専門研修、臨床技能教育の実践に対する

評価

医療機関として常に安全な医療を提供することを維持するため、臨床研修医に対する臨床技能教育実施体制に対する評価や臨床研修修了後の各診療科医師の後期専門研修、看護師・薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師等を対象としたスキルスラボによる教育体制を評価していただきたい。

6. その他

① 診断群分類別コストデータの活用

平成15年度より松田研究班の診断群分類別コストデータ調査に協力しており、1日当たりの病院別・診断群分類別のコスト（コスト合計／包括収入＋出来高収入）を分析し、院内におけるコスト削減や医療の効率化に関する意識改革を図っているが、現在の診断群分類点数では収益（包括＋出来高）が費用（コスト合計）を上回ることは困難であるため、適正な診断群分類を設定していただきたい。

② 現在、厚生労働省に提出しているDPCに関する調査における膨大なデータは、病院の現状を明確に示すことができる反面、自己努力による経費削減・効率化が改定を重ねるごとに疾患別点数の引き下げにつながっており、両刃の剣となりうるため、その活用方法については十分慎重に行っていただきたい。

I. D P C 調整係数の廃止に伴う激変緩和措置について

調整係数を廃止するに当たって、激変緩和措置をどのようにするかを検討する必要がある。

1) 新たな機能評価係数について、与えられている条件

- 諸種の係数を検討中である
- 係数には、1 段形式、複数段形式、連続形式、などが想定されている
- 係数の総和を病院係数とすることが想定されている
- 何らかの激変緩和策を必要とされている

2) 係数の総和を病院係数（現機能評価係数＋現調整係数）とする場合の問題点

- 例えどのように係数を作っても、新たな機能評価係数の総和が、現在の調整係数より大きくなる病院と小さくなる病院ができるなど、ばらつきができる。
- 係数にして 0. 0 1 の変化は、D P C 包括部分 1 0 0 億円に対して 1 億円を意味する。
- 個々の病院に激変緩和係数 p を設けて、当初の 1 年は p の 100% を加算、翌年は p の 90% を加算するなど漸減していく方法も考えられるが、制度変換時に落差の大きい病院には大きな激変緩和係数を与えているので、激変緩和策が終了するにあたり極めて厳しい結果となる。
- 機能評価係数を公示すれば、激変緩和係数を設定して加算することそのものの措置について社会的に合意を得にくい。

3) 係数選択方式の提案

- 各病院の機能評価係数について、次年度の病院係数を E F ファイルなど調査から決定する（これまでの病院係数・調整係数を決定する方法どおり）
- 現在の病院係数の平均値マイナス 2 S D を基礎機能係数とし、新たな機能評価係数を上乘せする
- 新たな機能評価係数の数（種類）、およびその総計（最大値）を十分に用意する
- 新たな機能評価係数は、必須の項目と選択可能な項目に分ける
- 選択可能な係数については、各病院が、自らを評価する係数を実態に応じて選択する
 - － ただし、選択したものの合計が現在の病院係数の総和を越えないよう（あるいは医療経済の実態に応じた伸び率を加味した範囲内に）病院が申告することとする
 - － 選択できる項目数には制限を設ける
 - － 都道府県の機関による公的な調整によって決定する方法をとってはどうか
- 激変緩和の措置：機能評価係数が現在の調整係数の値に満たない場合は、その病院の実態からみて数年の後にクリアできる係数を病院が申告し、その加算によって激変緩和の措置とする
 - － ただし調整に使える係数項目の種類や数に何らかし上限を設ける
 - － あるいは地域医療計画に関する選択項目に限るなどの制限を設ける
- 目標年度までに激変緩和として選択した係数をクリアできる条件に達しなかった場合には、その係数の 5 0 %（他の割合でもよいが）を与える。激変緩和措置が終了した後は、未達成であればその

係数の加算を停止する。

- 一度係数を選択したら、2年（もしくは4年）、同じ係数とする
- 各係数の重み付けは、制度の運用実態に合うよう、2年（もしくは4年）に調整していく

4) このような措置をすることの利点

- 機能評価係数として、「効率化係数」と「複雑性係数」や「希少性係数」など病院実態から見て相反する概念ともとれる係数が作られても、どちらか一方を選択することが可能になる
- 機能評価係数を選択することで、病院の性格付けが明確になる
- 地域医療計画など公的な調整が有効になる

5) 欠点

- 機能評価係数が多数選択可能な病院にとって、なぜ全てを選択できないのかという疑問が生じる
- 係数の重み付け全体に、十分に社会的合意が得られるような説明が必要

=====

II. 係数についての提案（ドクターフィー的係数、および医師の診療を補助する観点からの人的係数を中心に、連続係数が望ましい）

- 1) 一入院における複数臓器にわたる手術（単回および複数回）を行う患者の数
- 2) 病床100床あたりの常勤医師数（内科系）
- 3) 病床100床あたりの常勤医師数（外科系）
- 4) 病床100床あたりの常勤当直医師数（内科系）
- 5) 病床100床あたりの常勤当直医師数（外科系）
- 6) 手術100件あたりの常勤麻酔医数（上記2～5に重複しない）
- 7) 周産期母子医療またはNICUに専任であたる常勤医師数（上記2～6に重複しない）
- 8) ICUに専任であたる常勤医師数（上記2～7に重複しない）
- 9) 常勤病理医数（上記2～8に重複しない）
- 10) 常勤放射線読影医数（上記2～9に重複しない）
- 11) 臨床研修医指導医数（上記2～10に重複しない）
- 12) 専任リスクマネージャー数（上記2～11に重複しない）
- 13) 専任診療情報管理士数（上記2～12に重複しない）
- 14) 新規がん登録患者数
- 15) 1日あたり救急外来担当の常勤医師数
(もっぱら救急医療8時間程度専任する医師、ローテーション可)
- 16) 一定数以上（例えば全国平均）の常勤医師数（標榜科に専任）のいる標榜診療科の数
- 17) 病床100床あたりの常勤看護師数（7対1を越えた場合）：外来を含めて
- 18) 病床100床あたり、もっぱら病棟服薬指導にあたる薬剤師数
- 19) 病床100床あたり一晩あたり、当直する放射線技師数、臨床検査技師数、薬剤師数の和

平成21年1月9日

DPC評価分科会
会長 西岡 清 殿

DPC調査分科会委員
嶋森 好子

「新たな機能評価係数」に反映する項目の提案について

DPCにおいて段階的に「新たな機能評価係数」を設定するための検討にあたり、急性期病院における入院（救急の受入を含む）から退院（急性期病床からの退室）に至るプロセスに沿って、救急患者の選択、入院中の安全と重症化予防、退院後の再入院予防に、必要となるチーム医療と手厚い看護体制を推進する観点から、別紙の通り「新たな機能評価係数」に反映させる項目について提案する。

併せて、チーム医療の評価とこれに伴う「重症度・看護必要度による改善率」を指標とすることを提案する。

DPCの導入は、効率性（在院日数の短縮）と、効果性（再入院率の大幅な増加がみられない）の2つの矛盾した課題を達成し、結果的に医療費の抑制に貢献している。一方で、必要な患者に必要な医療が提供できていない事態が様々な分野で生じており、これらの是正が必要とされている。そのため、「新たな機能評価係数」は、このような事態を是正する方向で検討すべきと考える。

最も大きな課題は、急性期の医療の場で必要としている患者のニーズをいかに満たしていくかである。医師の数の不足は周知のこととなっており、既に増員する方向は決まっている。しかしこれを解決するには、まだ10年の歳月を要する。現状で解決する手立ての一つがチーム医療の推進である。医師以外の医療専門職の活用及び非専門職の活用を図ることによって、医師の負担の軽減や必要な場への確保が期待できる。このようなチーム医療の推進はこれまでも言われてきており、急性期病院全体のチーム医療の推進状況の評価を行う必要がある。

チーム医療体制を評価する場合に、単に体制を評価するだけでは、患者の状態に関係なく看護師の数を集めて7:1入院基本料を算定したときと同じ状況になる可能性がある。そこで、その効果を測る指標として、患者の「重症度・看護必要度の改善率」を用いることを提案する。

患者の「重症度・看護必要度による改善率」は、DPCでこれまで唯一達成できていない効果を測る指標として用いることができる。これを評価係数として用いることで、本当に急性期医療が必要な患者を入院させて効果的な治療・ケアを提供している現場を評価する仕組みが作りあげられるものと考えている。

また、重症度・看護必要度は、既に導入されており、新たな負担を現場に求めるものではないので、指標としての導入は比較的容易であると考えている。

DPCの「新たな機能評価係数」の項目（案）

別紙

- DPCにおいて「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで」とすると定義している。
- 急性期病院において、救急患者の選択、入院中の安全と重症化予防、退院後の再入院予防に、必要となるチーム医療と手厚い看護体制を推進する観点から、機能評価係数に反映すべき項目について、提案する。

1. 救急医療における患者の選択機能

項目	要素	プロセス	指標
総合的な救急診療体制の評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師と看護師による総合診察、相談など、患者を臓器別でなく総合的に診療する外来機能体制を整えている病院 ・ 患者の重症度に応じた医師と看護師によるトリアージ体制の実施 ・ 小児救急の電話相談（#8000）の実施の有無 ・ 病床規模に応じた救急医、救急看護認定看護師の配置 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急搬入時から医師が診断群分類を決定するまでに要した時間 ・ 当該病院の外来患者数に占める総合診療科、外来相談の利用患者数 ・ 救急患者受け入れ人数、救急患者（あるいは紹介患者）に占める緊急入院患者の割合

2. 入院中の医療安全と合併症予防

項目	要素	プロセス	指標
1) 急性期入院医療を担うチーム医療の評価	①重症集中管理 <ul style="list-style-type: none"> ・ 病床規模に応じた麻酔科医、急性・重症患者専門看護師、集中ケア認定看護師、臨床工学技士の配置 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 人工呼吸器装着延べ日数、集中治療管理延べ日数、合併症の発生率
	②院内感染管理 <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症看護専門看護師、感染看護認定看護師を含めた感染チームの配置 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的なサーベイランスの実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内感染発生率の低下

	<p>③医療安全管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病床規模に応じて医療安全管理者を配置した場合の評価 ・ヒヤリハット・医療事故発生時の報告体制、対応体制の整備 ・院内ガイドラインの策定 	<ul style="list-style-type: none"> ・事故発生後の事例に対する原因分析と再発予防に係る院内啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハット、医療事故発生件数の減少
	<p>④褥瘡管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師、皮膚・排泄ケア認定看護師、栄養士、薬剤師等による褥瘡チームの配置 	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡チームによる入院患者の定期的な褥瘡回診 ・褥瘡患者に対するチームへのコンサルト、相談体制と指導体制 	<ul style="list-style-type: none"> ・院内褥瘡発生率、褥瘡改善率
	<p>⑤栄養管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師、摂食嚥下看護認定看護師、栄養士、薬剤師等による栄養管理チームの配置 	<ul style="list-style-type: none"> ・NSTによる定期的な病棟回診 	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養から経管栄養、経口摂取までに要した日数 ・中心静脈栄養延べ日数、経管栄養延べ日数 ・咀嚼嚥下機能の改善、誤嚥性肺炎の発生率、TP改善率
	<p>⑥がん診療における相談体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん診療連携拠点病院の相談支援センターにがん関連の専門看護師、認定看護師を配置 		<ul style="list-style-type: none"> ・患者満足度
	<p>⑦精神疾患合併の急性期患者に対する診療体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病床規模に応じた精神看護専門看護師の配置 ・介入が必要な患者に対する相談体制の整備 		
	<p>⑧周産期医療体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・周産期母子医療センターにおける病床規模に応じた助産師、母性看護専門看護師、新生児集中ケア認定看護師の配置 ・正常妊産婦に対する院内助産所の設置 	<ul style="list-style-type: none"> ・日本助産師会「助産所業務ガイドライン」、日本看護協会「助産師が自立して助産ケアを行う体制」に準じた院内助産の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・年間分娩件数に占める院内助産所における分娩数 ・帝王切開実施率、救急妊産婦搬送受け入れ率

	<p>⑨医療の効率化に資する医療従事者間の役割分担の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・服薬指導やミキシング等を行う病棟薬剤師を配置 ・看護の補助的業務を看護補助者に移譲し効率的な看護体制の実施 ・入退院の手続き等事務的作業を行う医療事務補助職員を配置 		<ul style="list-style-type: none"> ・患者に対する療養指導に係る時間数 ・ベッドサイドで看護ケアに当たる時間数 ・誤薬に係るヒヤリハット・医療事故発生数の減少 ・看護職員1人当たりの勤務時間数の短縮
	<p>⑩医療計画に定められた4疾病5事業の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県医療計画における指定病院において、慢性看護専門看護師、糖尿病看護認定看護師の配置、小児救急看護認定看護師の配置 		
項目	要素	プロセス	指標
2) 看護職員の急性期対応スキルの確保体制の評価	看護職員臨床研修制度の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働省の「新人看護職員研修到達目標」「新人看護職員指導指針」に準じた新人看護職員の臨床研修を実施している病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハット・医療事故発生件数 ・新人看護職員の定着率、離職率
項目	要素	プロセス	指標
3) 手厚い看護配置の連続的な評価	<ul style="list-style-type: none"> ・DPC データからとれるもの・・・「手術が必要な患者の割合」「人工呼吸器装着延べ数」「中心静脈栄養実施延べ数」等 ・重症度・看護必要度を満たす患者の割合に応じた評価 ・精神疾患の合併、認知症患者の人数等の割合 ・専門看護師、認定看護師の配置 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護業務基準（ガイドライン）に準じた看護ケアを実施 ・日本看護協会「看護業務基準」に準じた標準的な看護サービスを提供 ・クリティカル・パスを利用した標準的なケアの提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護の質評価（NDNQI：転倒・転落、誤薬、身体拘束、術後肺炎、尿路感染、褥瘡発生率、患者満足度等） ・平均在院日数、再入院率、再入院の理由に占める感染症の割合 ・患者のベッドサイドで看護ケアに当たる時間 ・外科手術から術後離床までの日数

3. 退院支援および再入院の予防

項 目	要 素	プロセス	指 標
専門的な外来機能の評価	<ul style="list-style-type: none">・ 外来化学療法、外来放射線療法など、外来がん診療体制の整備 (例) 化学療法看護認定看護師、放射線看護認定看護師の配置・ 疼痛緩和に係る外来診療 (例) 緩和ケアチームの外来診療		<ul style="list-style-type: none">・ 在宅復帰率、再入院率

医療機関における診療の質を係数に反映させる事について提案させていただきます。

科学的根拠に基づいた診療を推進するために、学会等が主体となって診療ガイドラインが作成されています。また、一部の診療ガイドラインの作成には厚生労働科学研究費補助金による補助もなされています。

そこで、診療ガイドラインに基づいた医療を実施している医療機関に対して、それを基に高い係数を与えることが、その医療機関における診療の質の向上に繋がり、最終的には全国的な医療の質の向上に資すると考えます。

留意点は以下の2点です。

- (1) 診療ガイドラインは、診療の内容を一律に規定するものではなく、医師と患者が十分な話し合いを行った上で診療方針を決めるべきであり、診療ガイドラインに沿わない診療が劣っているとは一概に言えません。しかし、これは、個別の患者の診療について言うことであり、当該医療機関の診療全体の平均値を取った場合には、診療ガイドラインに沿った医療が全くなされていないような医療機関は、診療の質が担保されているとは言えないのではないのでしょうか。診療ガイドラインに沿った医療が何%以上であれば、質の良い医療が提供されていると判断できるか、難しいところですが、例えば 50%程度を基準として、それ以上の患者が診療ガイドラインに沿った医療を実施している場合には加算の対照とするのが妥当と考えます。
- (2) 診療ガイドラインとしては、実に様々なものが公表されています。中には個人が作成したような診療ガイドラインがインターネット上に公表されている場合もあり、診療ガイドラインの質を勘案して、質が保証されている診療ガイドラインを基に(1)の加算が行われる必要があります。この点につきましては、(財)日本医療機能評価機構が実施している医療情報サービス **Minds** において、診療ガイドラインを掲載する際に、診療ガイドライン選定部会によって質の評価がなされています。したがって、**Minds** に掲載されている診療ガイドラインを基準として、(1)の加算を実施するのが妥当と考えます。

ご検討をよろしくお願いいたします。

東京女子医科大学 山口直人