

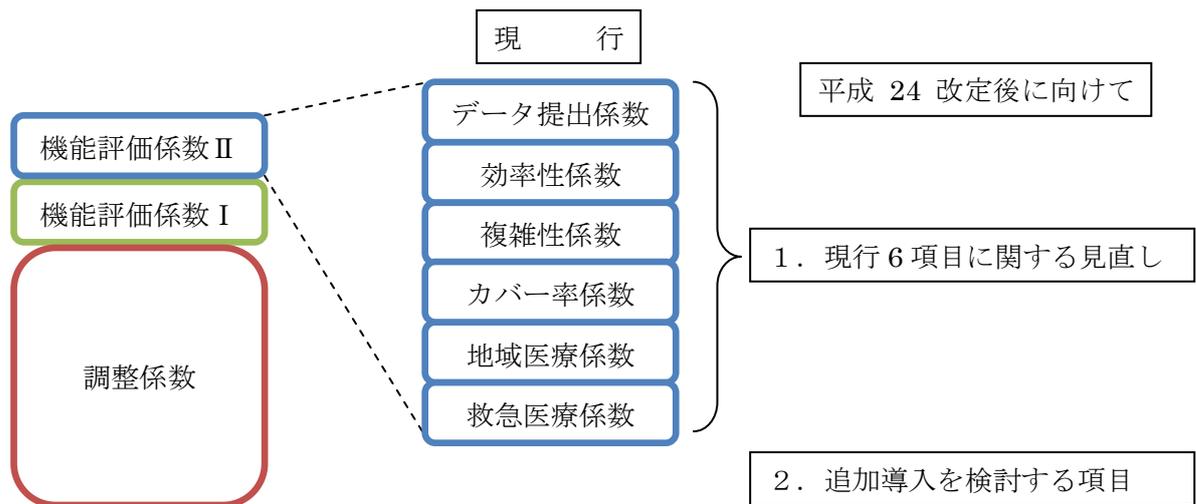
平成 24 年改定に向けた機能評価係数Ⅱの見直しについて（1）

平成 22 年改定で導入された機能評価係数Ⅱ（6 項目）に関する次回改定での対応について、現行 6 項目に関する見直し、追加導入を検討する項目、医療機関群設定との関係の 3 点について以下の通り整理してはどうか。

【補足】

以下の 2 点については、改定全体の影響を考慮する必要性があることから、改定の全体方針が定まってから中医協総会で議論する（D-1-3 P2 参照）。

- ・ 経過措置の具体化
- ・ 平成 24 年改定における各係数項目の具体的な算定式の設定（機能評価係数Ⅱ各項目の重み付けを含む）



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 現行の評価方法

以下の各項目ごとに 1 ポイントを加算した総ポイント数(0~7 ポイント)

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」

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」

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

B 評価の考え方

- 平成 22 年改定の機能評価係数Ⅱ導入の議論において、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地域医療指数として適切に評価することが求められた。
- このような地域で必要とされる医療の提供機能について、マンパワーや施設設備などの外形的な要件で評価を行うと、資源が集中している都会に相対的に有利な評価指標となることが懸念されたため、このような要件によらず、地域の実情に即して、地域医療で求められている役割への貢献度を評価することが検討された。
- 「地域医療で求められている役割への貢献度」の評価手法について、地域の実情を考慮しつつも、全国の施設に対する評価の公平性や客観性（指標の検証可能性）を考慮し、地域住民の健康保持や医療確保のために求められている事業や体制構築に貢献するという観点から、六合が定める指針に基づき都道府県が定める地域医療計画等において対策の推進に一定の役割を担っている施設について4疾病5事業(※)を中心にポイント制により合計点数で評価する方式が採用された。

※ がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病の「4疾病」と救急・災害・へき地・周産期・小児の「5事業」を指す。なお、精神疾患が医療計画に記載すべき疾患として平成22年7月6日社会保障審議会医療部会において合意されたが、実際の医療計画に反映されるのは平成25年度以降。

C 指摘されている課題等

- 都道府県ごとの事業実施の有無や実績に基づき評価したため、都道府県により事業の実施状況や施設の認定基準等の運用実態に差が生じている、また、そもそも都道府県により事業を実施していない場合もあるなど、評価が不公平ではないかとの指摘がある。
- 4疾病5事業の中で、連携体制や事業実施の有無など評価可能な事項等に限ったため、全ての疾病・事業が網羅されていないとの指摘がある。
- 現行の評価体系（ポイント制）は医療計画上の役割・体制等を一定程度評価しているが、DPCデータの特性を生かした地域における診療実績に応じた（定量的な）評価を導入すべきとの指摘がある。

D 論点

- ① 地域医療指数の評価対象となる事業について、都道府県により施設の認定や事業実績（運用実態）に差が生じていることについてどう考えるか。
- ② 現行の評価項目でカバーされていない事業等についてどう考えるか（新たに評価対象とする場合にはどのような評価手法か）。
- ③ 地域医療への貢献に関する定量的な評価体系を導入することについてどう考えるか（導入する場合にはどのような評価手法か）。

(2) 救急医療係数

A 現行の評価方法

入院2日目までの包括範囲出来高点数について、入院患者全体と緊急入院患者（様式1の記載で判定）の平均費用の差額を、医療機関ごとの実績（DPC別患者数）に応じて評価

B 評価の考え方

- 緊急入院となった患者は、初期治療や確定診断を行うまでに医療資源投入量が多く、現行の DPC（診断群分類）に基づく包括評価では適正な評価が困難であるとの指摘がある。一方で、全ての DPC について救急入院の有無で DPC を分離することは現実的ではないとの指摘もある。
- このような状況を踏まえ、救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価（補償）する係数として救急医療係数が設定・評価された（他の 5 項目と異なり報酬額が直接算出されることから、この項目だけ「係数」と表記し区別している）。
- なお、救急医療は地域医療計画において 5 事業の 1 つとされ、機能評価係数Ⅱの地域医療指数においてもポイント評価の対象事業とされているが、評価の考え方は、救急医療体制への参加による地域医療への貢献を評価するものであり、救急医療係数とは視点が異なる。

C 指摘されている課題等

- 調整係数見直しに伴う機能評価係数Ⅱの明確化（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）の中で、現行の救急医療係数については、救急医療に係るコストを補填するという側面もあることから、機能評価係数Ⅱとして見直しの必要性が指摘されている。
- 一方で、救急医療係数を（機能評価係数Ⅱから）廃止してしまうと、DPC では救急入院の有無が評価されていない（できない）ことから、各医療機関の救急医療の診療実績が適切に評価されず、救急医療を行うインセンティブが無くなる恐れがあるとの指摘や、海外の包括評価制度において、救急医療は包括されているが、細かく加算を設定するなどの対応が行われており、日本でも何らかの対応が必要であるとの指摘もある。
- 救急医療係数は、各施設での実際の救急医療の活動実績が必ずしも直接的に反映されない係数であり（※）、名称とその評価内容について誤解がある。

※ 初期救急診療の医療資源投入量と包括点数（診断群分類点数表）の差を補正することを目的として設定している係数であることから、急性心筋梗塞や頭蓋・頭蓋内損傷のように、そもそも救急入院となる患者が大半のDPC（診断群分類）では、当該分類の点数が概ね救急入院患者の平均点数とほぼ同程度で設定されているため、このようなDPCの患者が多くなっても、救急医療係数はほとんど変わらない。

D 論点

- 機能評価係数Ⅱの考え方を踏まえ、救急医療を行うインセンティブとして救急医療係数の設定を継続するべきか。
- 継続して設定する場合、その評価手法についてどう考えるか。

(3) データ提出指数

A 現行の評価方法

- ① 「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を 50%・1ヶ月の間、減じる。
- ② 「部位不明・詳細不明のコード使用割合が 40%以上」については、当該評価を 5%・1年の間、減じる。

B 評価の考え方

- DPC/PDPS 対象病院は退院患者等に関するデータ提出が義務付けられており、出来高を選択した施設とは別に、診療情報管理士等の専門職種等の人的配置や院内システムの改修等のコストを要しており、これらのデータ作成や提供に係る体制整備について評価すべきとの指摘があった。
- 一方で、提出データの不備や遅延といった事例も散見される等、提出データが最終的に診療報酬改定に用いられることから、他の適切に対応している医療機関とのバランスからも、適切な質・手順の遵守を推進するインセンティブが必要とされた。
- 平成 22 年改定では、手順の遵守という観点からデータの提出期限の遵守が、適切な質という観点から、病名入力内容について評価指標が採用され、その設定趣旨から一連の機能評価係数Ⅱの中で唯一の減

算措置として導入された（適時適切にデータ提出がなされればそのまま満点評価となる）。

C 指摘されている課題等

- 現行の評価内容は期限内のデータ提出の有無と医療資源病名の入力内容のみとなっているが、DPC データを活用した標準化や効率化の推進という観点から、更に評価の対象を拡充する余地があるのではないかとの指摘がある。
- 提出データの質的な指標として集計している「部位不明・詳細不明のコード」について、臨床的な観点から日常的に使用するコードがいくつか含まれており、精緻化の余地があるとの指摘がある。

D 論点

- 標準化や透明化等への貢献という観点から、現在の評価指標についてどう考えるか。
- 「部位不明・詳細不明のコード」についてどう考えるか。

(4) その他 3 指数（効率性指数、複雑性指数、カバー率指数）

A 現行の評価方法

【効率性指数】

〔全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕

【複雑性指数】

〔当該医療機関の包括点数（一入院当たり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括点数に置き換えた点数〕 / 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕

【カバー率指数】

〔当該医療機関で一定症例数以上算定している DPC 数〕 / 〔全 DPC 数〕

B 評価の考え方

- 効率性指数及び複雑性指数については、医療機関間のケースミック

スの違いを検討する指標として確立しており、機能評価係数Ⅱの議論当初から病院の診療内容を評価する評価項目として検討された。

- カバー率指数については、調整係数の多軸分析の結果、カバー率と調整係数の相関が認められ、様々な疾患に対応できる総合的な体制について、当該病院で算定している DPC（診断群分類）の広がり（種類の多さ）により評価することができるとされた。

C 指摘されている課題等

- 特に複雑性係数やカバー率係数が大病院に有利になっているのではないかといった指摘がある。

D 論点

- 機能評価係数Ⅱの考え方を踏まえ、これら 3 指数の設定を継続すべきか。
- これら 3 指数の現在の評価手法についてどう考えるか。

2. 追加導入を検討すべき項目について

- 平成 22 年改定での機能評価係数Ⅱ導入の際に検討した項目を参考としつつ、平成 24 年改定における調整係数見直しに係る基本方針」を踏まえ、機能評価係数Ⅱの基本的考え方である「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」という観点から追加導入を検討すべき具体的な項目や評価指標についてどう考えるか。
- なお、追加導入する場合には、以下のような実務的な観点にも留意する必要がある（「A 項目における新たな機能評価係数の候補の絞り込みに当たっての考え方」平成 21 年 6 月 24 日基本小委了承を再整理）
 - 医療機関の調査負担が大きい項目
 - 速やかに調査・把握できる項目
 - 客観的に評価できる項目
 - DPC/PDPS 対象病院において評価を検討すべき項目（急性期入院医療全般で評価を検討すべき項目は出来高体系での評価を検討）

3. 医療機関群設定との関係について

- 並行して検討している基礎係数に係る医療機関群の設定に関連して、機能評価係数Ⅱについても、「医療機関群の特性に応じた項目の設定も含め、その内容及び配分について、今後検討する」（平成23年1月21日中医協総会 総-3-2）とされている。

- 求められる機能・役割が異なる医療機関について、最終的に求められる効率化・標準化の程度も異なるとして別々の医療機関群を設定するものであり、このような医療機関群の特性を踏まえた機能評価係数Ⅱの項目のあり方について、どう考えるか。
例)
 - 複雑性係数やカバー率係数は大病院に有利と言われているが、例えば大学病院本院と地域密着型の病院では想定されるカバー率（総合性）の程度が異なっていると考えられ、それぞれ医療機関群ごとに評価する等、評価方法について検討の余地があるのではないか。
 - 地域医療係数について、例えば大学病院本院に求められる救急医療は高度救命救急などのいわゆる三次救急医療の提供であるのに対して、地域密着型の病院に求められる救急医療はプライマリケアを中心とした二次救急輪番制への参画・貢献が中心になると考えられる等、それぞれの医療機関群ごとの評価内容について検討の余地があるのではないか。

機能評価係数Ⅱ(1)

別紙1

項目	名称	評価の考え方	評価方法
1	データ提出係数	対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等へ貢献することを評価	〔指数〕(平成23年4月より評価) ①「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を50%・1ヶ月の間、減じる。 ②「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」については、当該評価を5%・1年の間、減じる。
2	効率性係数	平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した在院日数の相対値により評価	〔指数〕 =〔全DPC対象病院の平均在院日数〕 ／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕 ※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
3	複雑性係数	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における一入院当たり包括点数の相対値により評価	〔指数〕 =〔当該医療機関の包括点数(一入院当たり)を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数に置き換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
4	カバー率係数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について、当該病院で算定している診断群分類の広がり(種類の多さ)により評価	〔指数〕 =〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕 ／〔全診断群分類数〕 ※ 当該医療機関において、10症例(10か月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ すべて(包括評価の対象・対象外の両方を含む)の診断群分類を計算対象とする。

機能評価係数Ⅱ(2)

項目	名称	評価の考え方	評価方法
5	地域医療係数	地域医療への貢献による評価	〔指数〕(平成22年8月より評価) = 以下の各項目ごとに1ポイントを加算した総ポイント数(0~7ポイント) 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」 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」 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
6	救急医療係数	包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等について、救急患者に占める割合により評価	= 緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの包括範囲の費用の差額を、医療機関ごとに診断群分類及び救急患者の数に応じて評価

機能評価係数Ⅱ導入に係るこれまでの検討の経緯

- 平成 22 年改定で導入された機能評価係数Ⅱは、平成 17 年 11 月 16 日基本小委における調整係数に係る問題提起とその後の平成 18 年改定における合意（附帯意見）「平成 15 年以降 5 年間の改定においては維持することとするが、平成 22 年度改定時に医療機関の機能を評価する係数として組み替える等の措置を講じて廃止することを検討する」に基づき、以降 DPC 評価分科会及び中医協基本小委において、順次検討が進められた。
- 「調整係数」から「機能評価係数Ⅱ（※）」への置換えに際して、「調整係数」が単なる診療報酬水準の補償だけではなく、重症患者への対応能力や高度医療の提供能力など、導入された包括算定方式では評価されない様々な診療コストのバラつきを補正する役割を担っていることが指摘され、このような観点と、診療報酬算定を最適化するための方策という技術的な視点に基づき、「調整係数」が果たしている役割と「機能評価係数Ⅱ」で対応すべき事項が検討され、急性期入院医療の評価であること、医療全体の質の向上が期待できること、社会的に求められる機能・役割を重視すること等、7つの「基本的考え方」がまとめられた（平成 20 年 12 月 17 日基本小委）。
〔 ※ 検討時点では「新たな機能評価係数」とされていた。 〕
- 具体的項目の検討については、平成 20 年 7 月 30 日 DPC 評価分科会における厚生労働科学研究班の研究成果報告を始めとして、分科会委員による項目の提案や DPC/PDPS 対象病院のヒアリングが行われた。基本小委了承の「基本的考え方」に沿う形で、平成 21 年 2 月 25 日に 62 項目がとりまとめられ基本小委へ報告された。
- 基本的考え方との整合性、DPC データによる分析可能性、既存の機能評価係数（現行の「機能評価係数Ⅰ」）や既存の診療報酬体系における評価との整合性等の視点から繰り返し精査が行われた。【次項参照】
- 最終的に平成 22 年に導入された「機能評価係数Ⅱ」は、①評価項目は 6 項目、②調整係数から置換える割合は調整幅の 25%、③重みづけは救急医療係数を除き、等分に配分、④平成 22 年改定以後の置換えスケジュールについては、導入の影響を踏まえて改めて検討（決定せず）、とされた。

平成22年改定における機能評価係数Ⅱの検討過程概要

平成20年12月17日基本小委
「新たな機能評価係数に関する基本的考え方」了承

平成21年2月25日基本小委(62項目)

1. 医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価について(10項目)
2. 社会的に求められている機能・役割について(8項目)
3. 地域医療への貢献の評価について(8項目)
4. その他(7項目)
5. 医療機関との意見交換について(29項目)

平成21年3月25日基本小委(37項目)

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの(8項目)
2. DPCデータによって一部分析が可能なもの、又は医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの(5項目)
3. その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの(14項目)

継続

4. 医療機関の負担が大きく速やかにデータを把握することが困難であるもの、又はDPCにおける急性期としての評価が困難であるもの(10項目)

見送り

平成21年4月15日基本小委(27項目)

- A) DPC対象病院において評価を検討するべき項目(13項目)

継続

- B) 急性期入院医療全体として評価を検討するべき項目(10項目)
C) 次期の診療報酬改定では、評価が困難な項目(7項目)

見送り

平成21年6月24日基本小委(10項目)

1. 次期改定での導入が妥当と考えられた項目(4項目)

小委で精査

2. 次期改定での導入を検討するため、更にデータ分析や追加の調査を実施すべきとされた項目(6項目)

継続検討

平成21年12月16日基本小委(7項目)

- 次期改定での導入が妥当と考えられた項目(4項目)

算出方法の具体化に着手し、導入の可否も含めて検討する項目(2項目)

診療報酬全体の議論との整合性が必要な項目(1項目)

見送り

平成22年2月12日総会答申:6項目を導入