

DPC評価分科会での新たな「機能評価係数」に関する検討の経過報告

I. 概要

DPCにおける新たな「機能評価係数」に係るこれまでの議論

- ① 中医協基本問題小委員会において、「新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方」をまとめた（平成20年12月17日）。（別紙）
- ② DPC評価分科会において、この基本的考え方に沿って、新たな「機能評価係数」の候補について検討を重ねてきた。
- ③ 平成21年度より、ケアミックス型病院をはじめ、地域医療において様々な機能を担う病院がDPCの対象となることを踏まえ、DPC評価分科会において、こうした医療機関との意見交換も行った。

II. 具体的な項目の提案等

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

- (1) 透明化の評価
 - ア. 部位不明・詳細不明コードの発生頻度による評価
- (2) 効率化の評価
 - ア. 効率性指数による評価
 - イ. 後発医薬品の使用状況による評価
- (3) 標準化の評価
 - ア. 手術症例数又は手術症例割合に応じた評価
 - イ. 診療ガイドラインに沿った診療の割合による評価
 - ウ. 標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価
- (4) 医療の質の評価
 - ア. 術後合併症の発生頻度による評価
 - イ. 重症度・看護必要度による改善率
 - ウ. 医療安全と合併症予防の評価
 - エ. 退院支援及び再入院の予防の評価

2. 社会的に求められている機能・役割の評価について

- (1) 特殊な疾病等に係る医療の評価
 - ア. 複雑性指数による評価
 - イ. 副傷病による評価
 - ウ. 診断群分類のカバー率による評価
 - エ. 希少性指数による評価
 - ・ 難病や特殊な疾患等への対応状況の評価
- (2) 高度な機能による評価
 - ア. 高度な設備による評価
 - イ. 特定機能病院又は大学病院の評価
 - ウ. がん、治験、災害等の拠点病院の評価
 - エ. 高度医療指数

3. 地域医療への貢献の評価について

- (1) 地域での役割の評価
 - ア. 医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価
 - イ. 救急・小児救急医療の実施状況による評価
 - ウ. 救急医療における患者の選択機能の評価
 - エ. 産科医療の実施状況の評価
 - オ. 地域医療支援病院の評価
 - カ. 地域中核病院の評価
 - キ. 小児科・産科・精神科の重症患者の受け入れ体制の評価
 - ク. 全診療科の医師が日・当直体制をとっていることの評価

4. その他

- (1) 医療提供体制による評価
 - ア. 医師、看護師、薬剤師等の人員配置による評価
- (2) 望ましい5基準に係る評価
 - ア. ICU 入院患者の重症度による評価
 - イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価
 - ウ. 病理医の数による評価
 - エ. 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価
- (3) その他
 - ア. 新規がん登録患者数
 - イ. 高齢患者数の割合による看護ケアの評価
 - ウ. 入院患者への精神科診療の対応の評価
 - エ. チーム医療の評価
 - オ. DPC病院として正確なデータを提出していることの評価
 - カ. その他

5. 医療機関との意見交換について

(1) 平成21年2月12日

○財団法人 脳血管研究所附属 美原記念病院 院長 美原 盤 氏

- ア. 急性期医療の提供体制に対する評価
- イ. チーム医療の実践に対する評価
- ウ. アウトカムを伴う効率化に対する評価
- エ. 救急医療への対応実績に対する評価
- オ. 政策的医療への対応実績に対する評価

○長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院 診療部長 西澤延宏 氏

- ア. 患者の年齢構成による評価
- イ. 地方の診療所や中小病院へ医師を派遣することに対する評価
- ウ. 在宅医療への評価

(2) 平成21年2月23日

○医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 副院長 檜村 暢一 氏

- ア. 病院機能に対する評価
- イ. 政策医療（救急医療等）の評価
- ウ. 臨床研修に対する評価
- エ. 地域連携（支援）に対する評価
- オ. 診療機能に対する評価（1）
（患者の年齢構成や合併症、在院日数に応じた評価）
- カ. 診療機能に対する評価（2）
（4疾病5事業、死因究明、細菌検査室、術中病理迅速診断に応じた評価）

○医療法人近森会 近森病院 院長 近森 正幸 氏

- ア. チーム医療と地域医療連携の評価
 - ①チーム医療（NST や病棟へのコメディカルの配置）
 - ②地域医療連携
- イ. 医療の質の向上
 - ①効率性指標による評価
 - ②医療安全と合併症予防の評価
 - ③複雑性指標による評価
 - ④医師、看護師、薬剤師等の人員配置による評価
- ウ. 救急・重症患者の評価
 - ①救急患者
 - ②重症患者
- エ. 地域医療の充実

- 社会医療法人 慈泉会 相澤病院 院長補佐 宮田 和信 氏
 - ア. 地域医療支援病院の紹介率や逆紹介率等による評価
 - イ. 救命救急医療の評価
 - ウ. 高齢者や精神科系疾患の合併患者、寝たきり患者等の受入れ状況による評価
 - エ. 地域医療連携の評価
 - オ. 地域がん診療連携拠点病院の評価
 - カ. マンパワーに係る評価

Ⅲ. 今後の検討について

- (1) 新たな「機能評価係数」として評価すべき項目の絞り込み
 - 以下の点を考慮する。
 - ア. 新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方との合致
 - イ. 現行の「D P Cの影響評価に関する調査」の活用
 - ウ. 現行の機能評価係数や出来高部分と評価が重複する可能性がある項目の整理
 - 等
- (2) 絞り込まれた項目について、具体的な検討

具体的な項目の提案等について

- 委員からの意見及びこれまでの議論をもとに事務局において整理
- DPC評価分科会で継続して検討している事項

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

(1) 透明化の評価	
委員からの意見等	
ア. 部位不明・詳細不明コードの発生頻度による評価	○ 医療機関に対するヒアリングの中で、データが不適切であった事例が見られている。しかし、そのような特殊な事例をもってルールを作成した場合に、適切に実施している医療機関へ弊害が生じ得ることも考慮する必要がある。

(2) 効率化の評価	
ア. 効率性指数による評価	○ 病院の総合的な能力及び効率性を評価できる。
	○ 患者が早期転院又は退院した場合には、効率性が高まるが、患者のアウトカム評価と併せて検証が必要である。
イ. 後発医薬品の使用状況による評価	○ 平均在院日数は、地域性による疾病構造の違いや後方医療施設の有無等の影響を受けることから、評価は慎重にするべき。
	○ 地方では交通機関の悪さや後方病院が無いなど、都会の視点だけで評価するべきではない。
	○ 特定機能病院等で後発医薬品の使用が普及していないことを考えると、DPCで評価すべき。
	○ DPCでは薬剤費は包括されるので、制度の趣旨からすると後発医薬品の使用が促進されるはずであり、これを評価すれば二重評価となる。

(3)標準化の評価 ア. 手術症例数又は手術症例割合に応じた評価	○標準的・効率的な医療を評価できる。 ○症例数が少なくても標準的・効率的な医療を提供している場合の評価についてはどのように考えるのか不明である。 ○症例数とアウトカムの関係についての検証が必要である。 ○評価することにより、不必要な医療(手術)を助長する恐れがある。 ○手術症例数の割合で評価する場合、医療の質が高まるというエビデンスがあるものだけを評価するべき。 ○疾患によって内科的治療と外科的治療のどちらが有効かという評価が定まっていない場合もあり、手術で評価した場合に、医療内容に過度の変容を来す恐れがある。 ○症例数で評価すると、症例数が少ない地域では評価されにくい。 ○医療の質の観点からは、病院全体の手術症例数ではなく、医師が経験した症例数の方が重要である。
イ. 診療ガイドラインに沿った診療の割合による評価	○治療効果等の裏付けのある標準的治療の促進が期待される。 ○診療ガイドラインと異なる診療であっても、一概に不適切であるとは言えないが、少なくとも診療ガイドラインを利用できる環境にあることなど何らかの評価があっても良い。 ○評価の対象とすべき質が担保された診療ガイドラインを特定することが困難である。また、診療ガイドラインでも患者の病態に応じた治療を行うことが前提であることから、単に診療ガイドラインの適用割合で評価することは、必ずしも質の高い医療を反映しない。 ○診療ガイドラインに当てはまらない高度な医療を実施した場合に、評価されない恐れがある。
ウ. 標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価	○治療効果等のエビデンスのある標準的治療の促進が期待される。 ○標準化を進めるという点では大変重要であるが、既に一定の標準化が進んでいる医療機関において、まだ標準レジメンとはなっていない高度な医療を実施した場合に評価されない。

(4) 医療の質の評価	
ア. 術後合併症の発生頻度による評価	●術後合併症の発生頻度を評価することによって、医療の質が向上するかについてのどのように考えるのか？ ○高度な医療を実施した場合には、合併症が増える確率が高い。評価を導入することにより、合併症を避けるためにあえて積極的な治療を実施しないことになりかねない。
イ. 重症度・看護必要度による改善率	○効果的な治療・ケアの評価が可能である。 ○看護必要度を用いて1入院単位で評価する方法について検討する必要がある。 ○看護必要度は毎日測定するものであり、1入院単位での評価方法が確立していない。
ウ. 医療安全と合併症予防の評価	○医療の安全に対する取り組みや合併症の予防が進み、医療の質の向上が図られる。 ○既に診療報酬の中で評価している加算との整合性が問題となる。 ○DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき。
エ. 退院支援及び再入院の予防の評価	○在宅復帰率等を指標とすることで、質の高い医療を評価できる。 ●既に診療報酬の中で評価している項目との整合性及び二重評価の可能性についてのどのように考えるのか？ ●DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてのどのように考えるのか？

2. 社会的に求められている機能・役割の評価について

(1) 特殊な疾病等に係る医療の評価	
ア. 複雑性指数による評価	○病院の総合的な能力及び効率性を評価できる。
	○患者が早期転院又は退院した場合には、効率性が高まるが、患者のアウトカム評価と合わせて検証が必要。
イ. 副傷病による評価	○この指数は平均在院日数が相対的に長いことに影響されるため、点数の高い診断群分類を多く算定している方が直接的に高度な医療を評価できる。
	○重症の患者を多く受け入れている医療機関をより評価できる。
ウ. 診断群分類のカバー率による評価	○診断群分類の分岐を行うことにより、既に副傷病に応じて評価している。
	○副傷病の重症度に応じた重み付けの方法論が確立しているのか不明である。
エ. 希少性指数による評価（難病や特殊な疾患等への対応状況の評価）	○副傷病に応じた重症度の重み付けをどのように行うのか、評価が複雑になる恐れがある。
	○診断群分類のカバー率によって、病院機能を評価できるか検証が必要である。
	●専門病院は評価されにくいことについてどのように考えるのか？
	○難病や特殊な疾患等に対応できる専門的医療が行われていることを評価できる。
	○いわゆる専門病院が評価されにくい。
	○難病や特殊な疾患が必ずしも高度な医療を必要とするものではない。
	○既に診断群分類の中で評価されており、改めて評価の必要はない。
	○神経難病等に対応するにはスタッフの確保や医療施設の整備が必要であり、診療にコストがかかることから、希少性に着目するには意味がある。

(2) 高度な機能による評価		
ア. 高度な設備による評価		○高度な設備を有し、高度な医療を提供している病院を評価できる。 ○病院が過剰な設備投資を行うインセンティブとなる可能性がある。
イ. 特定機能病院または大学病院の評価		○特定機能病院は医療法で定める承認条件を満たしており、地域の最終的な病院として機能していることから、特定機能病院を一律に評価するべき。 ○特定機能病院の中でも調整係数に差があり、医療内容や地域での役割も多様であると考えられるため、一律に評価すべきではない。 ○研究や教育に係る財源は、保険財源ではなく別途の財源で対応するべき。
ウ. がん、治験、災害等の拠点病院の評価		●病院の機能に応じた評価を行うことについてどのように考えるのか？ ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？
エ. 高度医療指数(診断群分類点数上位10%の算定割合)		○高度な医療を提供している医療機関を評価できる。 ●診断群分類点数が高い割合をもって、高度な医療の評価となるのかについてどのように考えるのか？

3. 地域医療への貢献の評価について

(1) 地域での役割の評価 ア. 医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価	○ 地域医療への貢献度を評価することができる。 ○ 医療計画に定める事業のうち、どの分野をどの様な指標で評価できるのか検討が必要である。 ○ 医療圏におけるシェアで評価する場合、医療圏やシェアの定義をどのようにすべきか検討が必要である。また、医療圏によっては症例数が少なくとも高い評価を得ることとなることについて、検討が必要である。 ○ 医療機能は、一つの医療機関だけで完結するものではないため、医療機関間の連携状況についても勘案すべき。 ○ 地域の実情に応じた評価を希望する医療機関は多く、そういった評価もあり得る。 ○ 地域での役割を評価するためには、症例数だけではなく、地域内のシェア等を総合的に評価することも考えべき。 ○ 地域単位での貢献度は、その地域内で判断すべき事項であり、全国一律の診療報酬体系で評価することは困難である。
イ. 救急・小児救急医療の実施状況による評価	○ 地域医療への貢献度を評価することができる。 ○ 重症度、受入率(受入要請数に対する受入数)、診療科に応じた評価も検討する必要がある。 ○ 単に受け入れた救急患者に対して評価することは異なり、常に受入要請に対応できる病院機能(救急応需機能)を評価することができる。 ○ 同一疾患でも、救急入院では、予定入院(検査は外来で実施可能)と異なり、確定診断等を目的として入院初期に検査等を多く必要とし、DPCでは不採算となりやすいことも考慮すべき。 ○ 「救急」の定義が難しく、DPC対象病院以外の病院と公平性を図る必要がある。 ○ 既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性がある。

ウ. 救急医療における患者の選択機能の評価	○トリアージ体制等の評価することで、患者に適切な医療を提供されることを評価できる。 ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？ ●DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてどのように考えるのか？
エ. 産科医療の実施状況の評価	○産科医療の不足が社会問題となっており、産科医療を積極的に提供している病院を評価するべき。 ●DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてどのように考えるのか？ ●病院の機能に応じた評価を行うことについてどのように考えるのか？ ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？
オ. 地域医療支援病院の評価 カ. 地域中核病院の評価	○地域医療への貢献度を評価することができる。 ○重症度、受入率(受入要請数に対する受入数)、診療科に応じた評価も検討する必要がある。 ○社会的に必要な医療として、評価するべき。 ○精神疾患を合併し、急性期医療を必要とする患者は増加傾向にあり、その様な医療に対応することは社会的に必要である。 ●既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？
キ. 小児科・産科・精神科の重症患者の受け入れ体制の評価	○患者の有無に関わらず、常に受け入れ体制を整備していることを評価するべき。 ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？
ク. 全診療科の医師が日・当直体制をとっていることの評価	

4. その他

(1) 医療提供体制による評価	ア. 医師、看護師、薬剤師等の人員配置による評価	○手厚い人員配置を行うことで、短い入院期間で提供される密度の高い医療を評価することができる。 ○コメディカルを評価することでチーム医療の評価につながる。 ○麻酔科、放射線科、病理の医師は、医療の質を上げるために必要である。 ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？
	(2) 望ましい5基準に係る評価	
	ア. ICU入院患者の重症度による評価	●患者の重症度や医療機関の体制に応じた評価ができることについてどのように考えるのか？
	イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価	○連続的評価が可能か検討が必要である。
	ウ. 病理医の数による評価	○既に出来高で評価されている項目であることから、二重評価とらないように留意すべき。
(3) その他	ア. 新規がん登録患者数	●新規がん患者の診療に応じた評価ができることについてどのように考えるのか？
	イ. 高齢患者数の割合による看護ケアの評価	●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？ ○高齢患者に対するケアを評価することができる。
	ウ. 入院患者への精神科診療の対応の評価	●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？ ○精神科診療の対応を評価することができる。
	エ. チーム医療の評価	●精神科による診療は、例えば精神疾患と身体疾患の治療計画について既に出来高(例:A230-2精神科身体合併症管理加算)で評価されており、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？ ○病院の医療提供体制を評価することができる。
		●DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてどのように考えるのか？ ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？

オ. DPC病院として正確なデータを提出していることの評価	○正確なデータ提出のためにかなりのコストがかかっているので評価するべき。 ●DPC準備病院もデータ提出を行っているが、DPC対象病院のみを評価することについて、どのように考えるのか？ ●データ提出にかかる費用を診療報酬で評価することについて、どのように考えるのか？
カ. その他	○全体の事項として ①DPC対象病院についてのみ評価するべき項目か、他の急性期病院でも評価するべき項目か ②現行のDPC調査において、データが集められているか ③既存の診療報酬や補助金制度と二重評価となるか等について整理し検討する。 ○その他、必要な事項。

5. 医療機関との意見交換について

(1)財団法人脳血管研究所附属美原記念病院 院長 美原 盤 氏	
ア. 急性期医療の提供体制に対する評価	○放射線技師 検査技師 薬剤師 専門診療科医師の24時間体制の確立を評価することで、急性期医療の質の確保につながる迅速な対応を評価できる。 ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？
イ. チーム医療の実践に対する評価	○病床規模に比した一定数以上のコメディカル スタッフ(薬剤師 リハビリ 栄養士 MSW)の配置を評価することで、効率化や医療密度の充足、直接看護時間の増加等の医療の質の向上が期待できる。 ●DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてどのように考えるのか？
ウ. アウトカムを伴う効率化に対する評価	○平均在院日数が一定日数以下で、併せて再入院率および再転棟率が一定割合以下であることを評価することで、治療効果を担保しながら効率化を評価できる。 ●例えば、評価することによって再入院を受け入れないなど、過度な医療変容を来す可能性についてどのように考えるのか？
エ. 救急医療への対応実績に対する評価	○救急車による搬送の受け入れ実績及び一定割合以上の緊急入院の率を評価し、個別症例のみではなく、病院としての救急医療への取組みを評価できる。
オ. 政策的医療への対応実績に対する評価	○医療計画(4疾病及び5事業)への対応又は医療連携の度合い(地域連携パス・紹介率および逆紹介率)を評価すべき。 ●例えば、地域連携の度合いなど、現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である事項も含まれていることについてどのように考えるのか？

(2)長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院 診療部長 西澤 延宏 氏	
ア. 患者の年齢構成による評価	○都会に比べて、地方では高齢者が多く、コストが掛かる医療が行われている。また、データには現れないが、看護必要度が高齢者で高くなることから、年齢に応じて評価すべき。 ○高齢者をどのように定義するべきか、単純に年齢だけで評価してよいのか議論が必要である。
イ. 地方の診療所や中小病院へ医師を派遣することに対する評価	○地域医療を守るために、近隣医療機関へ医師を派遣していることを評価すべき。 ●当該医療機関の入院医療と直接は関係がなく、機能評価係数として評価が可能かどうかについてどのように考えるのか？ ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？
ウ. 在宅医療への評価	○地方では必要にせまられて病院で在宅医療を担う必要があり、在宅医療への取り組みを更に評価すべき。 ●当該医療機関の入院医療と直接は関係がなく、機能評価係数として評価が可能かどうかについてどのように考えるのか？ ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？

(3)医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 副院長 櫻村 暢一 氏	
ア. 病院機能に対する評価	○民間医療機関が特定機能病院と同等或いはそれ以上の機能を有している場合に評価するべき。
イ. 政策医療(救急医療等)の評価	○政策医療については、補助金を受けているかどうかに関わらず、実態として同等の役割を担って医療を提供しているのであれば、同等に評価されるべきである。 ○救急では入院初期に多くの医療資源を投入するため、DPCによる診療報酬では、入院期間が非常に短いと不採算となる。 ○軽症から重症患者まで、全ての患者を受け入れる体制(空床確保、手術室確保)を評価するべき。 ○重症度によって評価するべき。 ○重症度の臨床指標を設定することが可能か検討する必要がある。 ○入院初期が不採算となることについては、診断群分類点数表の見直しで評価するべき。
ウ. 臨床研修に対する評価	○研修医数や研修プログラムの完成度等に応じて評価するべき。 ●研修にかかる費用を、診療報酬で評価することについて、どのように考えるのか？ ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？
エ. 地域連携(支援)に対する評価	○地域連携は複雑・多様化しており、現行の紹介率だけではなく、よりきめ細やかな評価を行うべき。 ○小児・周産期医療について評価するべき。 ○在宅医療、家庭医療を評価するべき。 ●在宅医療については、当該医療機関の入院医療と直接は関係がなく、機能評価係数として評価することについてどのように考えるのか？
オ. 診療機能に対する評価(1) (患者の年齢構成や合併症、在院日数に応じた評価)	○患者の年齢構成(特に高齢者)、入院後合併症、在院日数短縮に対して評価するべき。 ○単に高齢者に対する評価ではなく、例えばせん妄の有無やADLの程度に応じて評価するべき。
カ. 診療機能に対する評価(2) (4疾病5事業、死因究明、細菌検査室、術中病理迅速診断に応じた評価)	○4疾病5事業、死因究明、細菌検査室、術中病理迅速診断に対して評価するべき。 ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？

(4)医療法人近森会 近森病院 院長 近森 正幸 氏	
ア. チーム医療と地域医療連携の評価 ①チーム医療(NSTや病棟へのコメディカルの配置) ②地域医療連携	ONST(栄養サポートチーム)は合併症を予防し、労働生産性を向上することから、NSTを構成するコメディカルの病棟配属や介入患者数、コメディカルが作成する紹介状を評価するべき。 ○地域医療連携として、紹介率や逆紹介率、地域連携パスの個数、機器・施設の共同利用などを評価するべき。 ○転院や退院後支援のためMSW(医療ソーシャルワーカー)の役割は重要である。 ○人員配置ではなく、服薬指導や栄養指導等の行為毎に出来高で評価するべき。
イ. 医療の質の向上 ①効率性指標による評価 ②医療安全と合併症予防の評価 ③複雑性指標による評価 ④医師、看護師、薬剤師等の人員配置による評価	○医療の質は、医療スタッフ数と相關する傾向にあり、医師、看護師、薬剤師等の人員配置により評価を行うべき。 ●既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？
ウ. 救急・重症患者の評価 ①救急患者 ②重症患者	○救急車による搬入数や救急入院患者数(即日入院患者数含)により評価するべき。 ○看護必要度や重症度、高齢患者割合、全身麻酔の割合により評価するべき。 ○DICや多臓器不全等の医療資源の投入量が多い合併症等については評価するべき。 ○合併症により不採算となることについては、診断群分類点数表の見直しで評価するべき。
エ. 地域医療の充実	○4疾病5事業への対応状況について評価するべき。

(5)社会医療法人財団慈泉会 相澤病院 院長補佐 宮田 和信 氏	ア. 地域医療支援病院の紹介率や逆紹介率等による評価 ○照会率、逆照会率を用いて、よりきめ細かく評価するべき。 ●既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？
イ. 救命救急医療の評価	○地域の実情により2次・3次救急や高度な専門医療に特化することが難しいので、1次から3次まですべての救急医療に対応していることを評価するべき。 ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？
ウ. 高齢者や精神科系疾患の合併患者、寝たきり患者等の受け入れ状況による評価	○高齢化によって、せん妄やADLの低下(寝たきり)の割合が増加し、入院期間が長くなる傾向があり、DPCでは不採算となりやすいことを考慮するべき。 ○年齢ではなく、合併症の有無等で評価するべき。
エ. 地域医療連携の評価	○登録医による検査・治療件数や在宅復帰率を用いることで、地域医療連携を評価するべき ○電子カルテによる専用回線を用いた情報提供や情報共有、電子地域連携パスの利用等を行い、ITを活用して地域医療連携を行うことについて評価するべき。 ○MSWIについて、在宅復帰率等の指標で質を担保しながら、評価するべき。 ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？
オ. 地域がん診療連携拠点病院の評価	○がん患者であっても、がん診療連携拠点病院加算の対象とならない患者が多く、がん患者全体について評価するべき。 ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？
カ. マンパワーに係る評価	○医師や看護師以外のコメディカル及び事務職員の配置を評価するべき。 ○単に病院に配置しているだけではなく、病棟に配置している場合に評価するべき。 ●既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？

DPC 評価分科会での新たな「機能評価係数」に関する検討の経過報告②

I. 概要

DPCにおける新たな「機能評価係数」に係るこれまでの議論

- ① 中医協基本問題小委員会において、「新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方」をまとめた（平成20年12月17日）。（別紙）
- ② DPC評価分科会において、この基本的考え方に沿って、新たな「機能評価係数」の候補について検討を重ねてきた。
- ③ 平成21年度より、ケアミックス型病院をはじめ、地域医療において様々な機能を担う病院がDPCの対象となることを踏まえ、DPC評価分科会において、こうした医療機関との意見交換も行った。
- ④ 中医協・基本問題小委員会（平成21年2月25日）の議論も踏まえ、以下の点を考慮して評価すべき項目の絞り込みを行った。
 - ア．新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方との合致
 - イ．現行の「DPCの影響評価に関する調査」（以下、「DPCデータ」）の活用
 - ウ．現行の機能評価係数や出来高部分と評価が重複する可能性がある項目の整理等

II. 具体的な項目の提案等

上記Iの④を踏まえて、DPC評価分科会としてこれまでに提案された具体的な項目について検討し、今後は具体的なデータ分析を行うことから、DPCデータ利用の可能性から整理を行った。

なお、新たな「機能評価係数」として直ちに評価は困難であっても、医療の質等に関して重要な項目については、病院毎に当該データを入力及び公開すること等による評価が可能かどうか検討してはどうかという提案もあった。

以下を参考に中医協基本問題小委員会において、ご検討頂くことを願います。

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの

- ① DPC病院として正確なデータを提出していることの評価
（正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合等）
- ② 効率化に対する評価
（効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価等）
- ③ 手術症例割合に応じた評価

※ 一部の手術については、施設基準として一定数以上の症例数が算定条件となっ

ており、出来高で評価されている。

- ④複雑性指数による評価
- ⑤診断群分類のカバー率による評価
- ⑥高度医療指数（診断群分類点数が一定程度高いものの算定割合）
- ⑦救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価
- ⑧患者の年齢構成による評価

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

- ①診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価
- ②術後合併症の発生頻度による評価
- ③医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価
- ④産科医療の実施状況の評価
- ⑤医師、看護師、薬剤師等の人員配置（チーム医療）による評価

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

(1) 既に機能評価係数として評価されているもの

- ①特定機能病院または大学病院の評価
- ②地域医療支援病院の評価
- ③臨床研修に対する評価
- ④医療安全の評価

(2) 既に診断群分類の分岐として評価されているもの

- ①標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価
- ②副傷病による評価
- ③希少性指数による評価（難病や特殊な疾患等への対応状況の評価）

(3) 出来高で評価されているもの

- ①退院支援の評価
- ②地域連携（支援）に対する評価
- ③望ましい5基準に係る評価

- ・ 特定集中治療室管理料を算定していること
- ・ 救命救急入院料を算定していること
- ・ 病理診断料を算定していること
- ・ 麻酔管理料を算定していること
- ・ 画像診断管理加算を算定していること

ア. ICU 入院患者の重症度による評価

イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価

ウ．病理医の数による評価

エ．術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価

オ．病理解剖数（割合）又はC P C開催状況による評価

※ CPC とは、臨床病理検討会（Clinicopathological Conference）
のことをいう。

④高度な設備による評価

⑤がん診療連携拠点病院の評価

（４）その他

①後発医薬品の使用状況による評価

②治験、災害等の拠点病院の評価

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D P Cにおける急性期としての評価が困難であるもの

①重症度・看護必要度による改善率

②合併症予防の評価

③再入院の予防の評価

④救急医療における患者の選択機能（トリアージ）の評価

⑤全診療科の医師が日・当直体制をとっていることの評価

⑥地方の診療所や中小病院へ医師を派遣することに対する評価

⑦在宅医療への評価

⑧新規がん登録患者数による評価

⑨高齢患者数の割合による看護ケアの評価

⑩第三者による外部評価を受けていることに関する評価

具体的な項目の提案等について

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの

項目	委員からの意見等		基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
① DPC病院として正確なデータを提出していること の評価 (正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合 等)	○正確なデータ提出のためにかなりのコストがかかっているので評価するべき。 ○調査データのうち、非必須項目への入力や情報公開を行っていること等を評価するべき。 ○医療機関に対するヒアリングの中で、データが不適切であった事例が見られている。しかし、そのような特殊な事例をもってルールを作成した場合に、適切に実施している医療機関へ弊害が生じ得ることも考慮する必要がある。 ○医療の透明化をポジティブに評価する項目があるべき。 ○DPC準備病院もデータ提出を行っているが、DPC対象病院のみを評価することになる。 ○データ提出にかかる費用を診療報酬で評価することになる。		医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価			
② 効率化に対する評価 (効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価等)	○病院の効率性を評価できる。 ○患者が早期転院又は退院した場合には、効率性が高まるが、患者のアウトカム評価と併せて検証が必要である。 ○平均在院日数が一定日数以下で、併せて再入院率および再転棟率が一定割合以下であることを評価することで、治療効果を担保しながら効率化を評価できる。 ○平均在院日数は、地域性による疾病構造の違いや後方医療施設の有無等の影響を受けることから、評価は慎重にするべき。 ○地方では交通機関の悪さや後方病院が無いなど、都会の視点だけで評価するべきではない。 ○在院日数は既に大幅に短縮しており、さらに短縮することを評価すれば、医療の質が低下することが懸念される。		医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価			

	項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
	③ 手術症例割合に応じた評価	委員からの意見等 ○手術によって医療の質を評価することについては、エビデンスが乏しく慎重に評価するべき。 ○手術症例数による評価よりも手術症例割合の方がより適切な評価が可能ではないか。 ○標準的・効率的な医療を評価できる。 ○症例数が少なくても標準的・効率的な医療を提供している場合の評価についてはどのように考えるのか不明である。 ○症例数とアウトカムの関係についての検証が必要である。 ○評価することにより、不必要な医療(手術)を助長する恐れがある。 ○手術症例数の割合で評価する場合、医療の質が高まるというエビデンスがあるものだけを評価するべき。 ○疾患によって内科的治療と外科的治療のどちらが有効かという評価が定まっていない場合もあり、手術で評価した場合に、医療内容に過度の変容を来す恐れがある。 ○症例数で評価すると、症例数が少ない地域では評価されにくい。 ○医療の質の観点からは、病院全体の手術症例数ではなく、医師が経験した症例数の方が重要である。	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価		一部の手術について、施設基準として一定数以上の症例数が算定条件となっており、出来高で評価されている。	病院全体の機能として評価することについて、どうか。
	④ 複雑性指数による評価	○病院の総合的な能力を評価できる。 ○この指数は平均在院日数が相対的に長いことに影響されるため、点数の高い診断群分類を多く算定していることを評価する方が直接的に高度な医療を評価できる。	社会的に求められている機能・役割の評価			
	⑤ 診断群分類のカバー率による評価	○診断群分類のカバー率によって、病院機能を評価できるか検証が必要である。 ○専門病院は評価されにくいのが、他の評価項目で、専門病院の機能が評価されればよいのではないか。	社会的に求められている機能・役割の評価			
	⑥ 高度医療指数(診断群分類点数が一定程度高いものの算定割合)	○高度な医療を提供している医療機関を評価できる。 ○診断群分類点数が高い割合をもって、高度な医療の評価となるのか。	社会的に求められている機能・役割の評価			

	項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
	⑦ 救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価	○重症度、受入率（受入要請数に対する受入数）、診療科に応じた評価も検討する必要がある。 ○救急車による搬入数や救急入院患者数（即日入院患者数含）により評価するべき。 ○軽症から重症患者まで、全ての患者を受け入れる体制（空床確保、手術室確保）を評価するべき。 ○単に受け入れた救急患者に対して評価することとは異なり、常に受入要請に対応できる病院機能（救急応需機能）を評価することができる。 ○同一疾患でも、救急入院では、予定入院（検査は外来で実施可能）と異なり、確定診断等を目的として入院初期に検査等を多く必要とし、DPCでは不採算となりやすいことも考慮すべき。 ○DPC対象病院以外の病院と公平性を図る必要がある。 ○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性も指摘されているが、症例数や重症度等による詳細な評価は行われておらず、これらによる評価は、二重評価には当たらない。 ○地域の実情により2次・3次救急や高度な専門医療に特化することが難しい場合もあり、1次から3次まですべての救急医療に対応していることを評価するべき。 ○救急は確定診断が付くまでの間、最初の2日間等は出来高扱いするなど検討が必要である。 ○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。 ○精神科診療の対応を評価することができる。 ○精神疾患を合併し、急性期医療を必要とする患者は増加傾向にあり、その様な医療に対応することは社会的に必要である。 ○DPC病院の精神病棟については、DPCの対象とすることについて検討するべき。 ○精神科による診療は、例えば精神疾患と身体疾患の治療計画について既に出来高（例：A230-2精神科身体合併症管理加算）で評価されており、二重評価となる可能性がある。	地域医療への貢献の評価 その他	DPCデータ等の活用 救急車による搬送の有無、予定・緊急入院区分、手術等の時間外加算等の状況のデータはある。	重複評価等の可能性 A300救命救急入院料、A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算で評価されている。 救急医療対策事業により評価されている。	その他
	⑧ 患者の年齢構成による評価	○単に年齢による評価ではなく、例えばせん妄の有無やADLの程度に応じて評価するべき。 ○都会に比べて、地方では高齢者が多く、コストが掛かる医療が行われている。また、データには現れないが、看護必要度が高齢者で高くなることから、年齢に応じて評価するべき。 ○高齢者をどのように定義するべきか、単純に年齢だけで評価してよいのか議論が必要である。 ○バーセルインデックスや要介護度を用いた評価を今後検討するべき。	地域医療への貢献の評価	せん妄の有無は、入院時併存・入院後発症傷病名に記載があれば把握可能 ADLに係るデータはない。	A230-3精神科身体合併症管理加算で評価されている。 A230-3精神科身体合併症管理加算の算定状況のデータはある。	病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。

2. DPCデータによって一部分分析が可能なもの、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

	項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
	① 診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価	○診療ガイドラインに沿った診療の実施割合で評価することは適切ではないが、院内で診療内容を評価する体制確保を評価するのであれば検討は可能ではないか。 ○診療ガイドラインと異なる診療であっても、一概に不適切であるとは言えないが、少なくとも診療ガイドラインを利用できる環境にあることなど何らかの評価があっても良い。 ○治療効果等の裏付けのある標準的治療の促進が期待される。 ○評価の対象とすべき質が担保された診療ガイドラインを特定することが困難である。また、診療ガイドラインでも患者の病態に応じた治療を行うことが前提であることから、単に診療ガイドラインの適用割合で評価することは、必ずしも質の高い医療を反映しない。 ○診療ガイドラインに当てはまらない高度な医療を実施した場合に、評価されない恐れがある。	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価			
	② 術後合併症の発生頻度による評価	○高度な医療を実施した場合には、合併症が増える確率が高い。評価を導入することにより、合併症を避けるためにあえて積極的な治療を実施しないことになりかねない。 ○併存症を有する患者を多く受け入れれば、術後合併症の発生率も高くなるため、術後合併症が少ない病院を評価すれば逆のインセンティブとなる。 ○合併症が多いほど病院の負担が大きく、逆に評価しなければならぬことも検討する必要がある。	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	入院後発症傷病名は最大4つまでしか記載できず、傷病名の発症日は入力されていない。		
	③ 医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価	○地域医療への貢献度を評価することができる。 ○医療計画に定める事業のうち、どの分野をどの様な指標で評価できるのか検討が必要である。 ○医療圏におけるシェアで評価する場合、医療圏やシェアの定義をどのようにすべきか検討が必要である。また、医療圏によっては症例数が少なくとも高い評価を得ることとなることについて、検討が必要である。 ○医療機能は、一つの医療機関だけで完結するものではないため、医療機関間及び病診の連携状況についても勘案すべき。 ○地域の実情に応じた評価を希望する医療機関は多く、そういった評価もあり得る。 ○地域での役割を評価するためには、症例数だけではなく、地域内のシェア等を総合的に評価することも考えるべき。 ○地域単位での貢献度は、その地域内で判断すべき事項であり、全国一律の診療報酬体系で評価することは困難である。 ○医療計画で位置付けられている事業の中でも、どこに重点を置いて評価するのか検討すべき。	地域医療への貢献の評価	・症例数：評価可能 ・シェア：DPC対象病院のデータに限りて評価するのであれば可能 ・医療計画での位置づけ：不可		

	項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
	④ 産科医療の実施状況の評価	○産科医療の不足が社会問題となっており、産科医療を積極的に提供している病院を評価するべき。 ○DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき事項ではないか。	地域医療への貢献の評価について	DPCデータの対象に限られる。		病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
	⑤ 医師、看護師、薬剤師等の人員配置（チーム医療）による評価	○単に病院に配置しているだけでなく、病棟に配置されていることを評価するべき。 ○手厚い人員配置を行うことで、短い入院期間で提供される密度の高い医療を評価することができると。 ○コメディカルを評価することでチーム医療の評価につながる。 ○麻酔科、放射線科、病理の医師は、医療の質を上げるために必要である。 ○医師や看護師以外のコメディカル及び事務職員の配置を評価するべき。 ○病床規模に比した一定数以上のコメディカルスタッフ(薬剤師 リハビリ 栄養士 MSW)の配置を評価することで、効率化や医療密度の充足、直接看護時間の増加等の医療の質の向上が期待できる。 ○NST(栄養サポートチーム)は合併症を予防し、労働生産性を向上することから、NSTを構成するコメディカルの病棟配属や介入患者数、コメディカルが作成する紹介状を評価するべき。 ○転院や退院後支援のためMSW(医療ソーシャルワーカー)の役割は重要である。 ○人員配置ではなく、服薬指導や栄養指導等の行為毎に出来高で評価するべき。 ○薬剤部における薬剤師の役割を評価するべき。 ○急性期病院の多くはチーム医療を実施しているので、これから更に何を評価するのか検討が必要である。 ○既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性がある。 ○DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき事項ではないか。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価 その他	医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士等は、病院報告の項目であり、各病院では把握しているが追加調査が必要	入院基本料において、看護配置に応じて評価されている。 A233栄養管理実施加算、B008薬剤管理指導料等で評価されている。	

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
(1)既に機能評価係数として評価されているもの

	項目	委員からの意見等			基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
	① 特定機能病院または大学病院の評価	○特定機能病院は医療法で定める承認条件を満たしており、地域の最終的な病院として機能していることから、特定機能病院を一律に評価するべき。 ○医師や看護師の卒後教育を充実することで質の高い医療を提供することは、患者の恩恵にもなり、評価するべき。 ○特定機能病院の中でも調整係数に差があり、医療内容や地域での役割も多様であると考えられるため、一律に評価すべきではない。 ○研究や教育に係る財源は、保険財源ではなく別途の財源で対応するべき。 ○小児入院医療管理料や医師事務作業補助体制加算等の算定が認められておらず、特定機能病院入院基本料で、特定機能病院が高く評価しているとは言えず、二重評価には当たらないのではないか。 ○民間医療機関が特定機能病院と同等或いはそれ以上の機能を有している場合には、同等に評価するべき。			社会的に求められている機能・役割の評価		特定機能病院入院基本料で、機能評価係数として評価されている。	
	② 地域医療支援病院の評価	○地域医療支援病院について、紹介率、逆紹介率を用いて、よりきめ細かく評価するべき。 ○すでに、機能評価係数で評価されている。 ○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。			地域医療への貢献の評価	A204地域医療支援病院入院診療加算の算定状況のデータはある。	A204地域医療支援病院入院診療加算で、既に機能評価係数として評価されている。 共同利用施設整備事業により評価されている。	
	③ 臨床研修に対する評価	○研修医数や研修プログラムの完成度等に応じて評価するべき。 ○研修にかかる費用を、診療報酬で評価することになる。 ○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。			その他		A204-2臨床研修病院入院診療加算で、既に機能評価係数として評価されている。 医師臨床研修費補助事業で評価されている。	
	④ 医療安全の評価	○医療の安全に対する取組みが進み、医療の質の向上が図られる。 ○既に診療報酬の中で評価している加算との整合性が問題となる。 ○DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき。 ○現行の医療安全対策加算では評価が低いので、二重になっても評価するべき。			医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	A234医療安全対策加算の算定状況のデータはある。	入院基本料の施設基準では、医療安全管理体制の整備を要件としている。 A234医療安全対策加算で、既に機能評価係数として評価されている。	

(2) 既に診断群分類の分岐として評価されているもの

	項目	委員からの意見等			基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
	① 標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価	○治療効果等のエビデンスのある標準的治療の促進が期待される。 ○標準化を進めるという点では大変重要であるが、既に一定の標準化が進んでいる医療機関において、まだ標準レジメンとはなっていない高度な医療を実施した場合に評価されない。			医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価		平成20年度改定よりレジメン別分岐の評価を導入。	病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
	② 副傷病による評価	○重症の患者を多く受け入れている医療機関をより評価できる。 ○診断群分類の分岐を行うことにより、既に副傷病に応じて評価している。 ○副傷病に応じた重症度の重み付けをどのように行うのか、評価が複雑になる恐れがある。 ○副傷病に応じた重症度の重み付けの方法論については、諸外国での事例を参考に今後の検討が必要である。			社会的に求められている機能・役割の評価		現行の診断群分類で副傷病による分岐として評価されている。	術後合併症等も含まれることについて、どう考えるか。
	③ 希少性指数による評価(難病や特殊な疾患等への対応状況の評価)	○難病や特殊な疾患等に対応できる専門的医療が行われていることを評価できる。 ○いわゆる専門病院が評価されにくい。 ○難病や特殊な疾患が必ずしも高度な医療を必要とするものではない。 ○既に診断群分類の中で評価されており、改めて評価の必要はない。 ○神経難病等に対応するにはスタッフの確保や医療施設の整備が必要であり、診療にコストがかかることから、希少性に着目するには意味がある。			社会的に求められている機能・役割の評価		現行の診断群分類で傷病名による分岐として評価されている。	病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。

(3) 出来高制度で評価されているもの

	項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
	① 退院支援の評価		○在宅復帰率等を指標とすることで、質の高い医療を評価できる。 ○既に診療報酬の中で評価している項目との整合性の問題や及び二重評価の可能性がある。 ○DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項ではないか。		A241後期高齢者退院調整加算で評価している。	
	② 地域連携(支援)に対する評価		○地域連携は複雑・多様化しており、現行の紹介率だけではなく、よりきめ細やかな評価を行うべき。 ○地域連携における小児・周産期医療について評価するべき。 ○地域連携における在宅医療、家庭医療を評価するべき。 ○登録医による検査・治療件数や在宅復帰率を用いることで、地域医療連携を評価するべき ○電子カルテによる専用回線を用いた情報提供や情報共有、電子地域連携パスの利用等を行い、ITを活用して地域医療連携を行うことについて評価するべき。 ○MSWIについて、在宅復帰率等の指標で質を担保しながら、評価するべき。 ○在宅医療については、当該医療機関の入院医療と直接は関係がない。 ○地域連携の状況などは、現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困しい場合もある。	B005-2 地域医療連携計画管理料の算定状況のデータはある。	B005-2 地域医療連携計画管理料で評価されている。	
	③ 望ましい5基準に係る評価 (特定集中治療室管理料を算定していること 救命救急入院料を算定していること 病理診断料を算定していること 麻酔管理料を算定していること 画像診断管理加算を算定していること ア. ICU入院患者の重症度による評価 イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価 ウ. 病理医の数による評価 エ. 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価 オ. 病理解剖数又は病理解剖割合による評価)	○連続的評価が可能か検討が必要である。 ○既に出来高で評価されている項目であることから、二重評価とないように留意すべき。 ○全身麻酔の割合により評価するべきとの意見もある一方、医療内容の変容につながる可能性もあるとの意見もあった。 ○病理解剖、剖検は、医師の教育上も重要であり、医療の質の向上にも資するものなので評価するべき。 ○病理解剖、剖検は、疾病の治療とは直接は関係しないことを診療報酬で評価することになる。 ○CPC(Clinicopathological Conference: 臨床病理検討会)は医療の質の向上に資すると考えられるので評価するべき。	その他	各診療報酬の算定状況のデータはある。 全身麻酔の割合等のデータはある。	A301特定集中治療室管理料、L009麻酔管理料等で評価されている。 臨床研修病院は、「CPCを適切に開催すること」が指定基準となっている。	病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。 出来高で評価されている項目であり、重複評価について、どう考えるか。

	項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
	④ 高度な設備による評価		社会的に求められている機能・役割の評価 医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	マルチスライスCTや高磁場MRIの有無等は、医療施設調査の項目にあり、各病院では把握しているが、追加調査が必要	E202磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影) 1、1.5テスラ以上の機器による場合で評価されている。	
	⑤ がん診療連携拠点病院の評価	○高度な設備を有し、高度な医療を提供している病院を評価できる。 ○病院が過剰な設備投資を行うインセンティブとなる可能性がある。 ○高度な機器の有無のみで評価するべきではない。 ○がん患者であっても、がん診療連携拠点病院加算の対象とならない患者が多く、がん患者全体について評価するべき。 ○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。	社会的に求められている機能・役割の評価 地域医療への貢献の評価	がん対策推進基本計画等により、各病院が指定を受けており、病院名の確認は可能	A232がん診療連携拠点病院加算で評価されている。 がん対策推進基本計画等で評価されている。	

(4)その他

	項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
	① 後発医薬品の使用状況による評価	○特定機能病院等で後発医薬品の使用が普及していないことを考えると、DPCで評価するべき。 ○DPCでは薬剤費は包括されるので、制度の趣旨からすると後発医薬品の使用が促進されるはずであり、これを評価すれば二重評価となる。 ○後発医薬品の使用が進めば、さらに医療費削減が可能で、医療資源の有効活用という観点からも、評価するべき。 ○後発医薬品が普及するまでの経過措置として評価するべき。 ○後発医薬品の使用状況等のデータを公開することを評価するべき。 ○後発医薬品の使用状況を公開することによって患者の受診行動に影響を及ぼす可能性がある。 ○治験を実施していることについて評価するべき。 ○他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性がある。	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価		DPC制度では後発医薬品の使用が促進される。	後発医薬品の使用状況を評価すれば、患者の負担が増えることになり、「患者の利点」という観点からどのような考ええるか。
	② 治験、災害等の拠点病院の評価		社会的に求められている機能・役割の評価		臨床研究基盤整備推進研究事業、「災害発生時における初期救急医療体制の充実強化について」等で評価されている。	

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(急性期入院医療)としての評価が困難であるもの

	項目	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
	① 重症度・看護必要度による改善率	○効果的な治療・ケアの評価が可能である。 ○看護必要度を用いて1入院単位で評価する方法について検討する必要がある。 ○看護必要度は毎日測定するものであり、1入院単位での評価方法が確立していない。	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	7対1入院基本料を算定する病棟では、重症度・看護必要度に係る評価表が作成されており、各病院では把握しているが、10対1入院基本料を算定する病棟等では作成されていない。	7対1入院基本料の施設基準では、一定割合の重症患者数を要件としている。	
	② 合併症予防の評価	○合併症の予防が進み、医療の質の向上が図られる。 ○DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき。	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	合併症予防の状況のデータはない。		
	③ 再入院の予防の評価	○再入院の予防について評価すべき。	医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	退院先や、再入院率のデータはあるが、再入院予防の取り組みについてのデータはない。		
	④ 救急医療における患者の選択機能(トリアージ)の評価	○トリアージ体制等を評価することで、患者に適切な医療を提供されることを評価できる。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。 ○DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項ではないか。	地域医療への貢献の評価について			
	⑤ 全診療科の医師が日・当直体制をとっていることとの評価	○患者の有無に関わらず、常に受け入れ体制を整備していることを評価するべき。	地域医療への貢献の評価			
	⑥ 地方の診療所や中小病院へ医師を派遣することに対する評価	○地域医療を守るために、近隣医療機関へ医師を派遣していることを評価すべき。 ○当該医療機関の入院医療と直接は関係がない。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。	地域医療への貢献の評価			当該病院で提供される入院医療とは、直接関係は無い機能で評価することについて、どう考えるか。
	⑦ 在宅医療への評価	○地方では必要にせまられて病院で在宅医療を担う必要があり、在宅医療への取り組みを更に評価すべき。 ○当該医療機関の入院医療と直接は関係がない。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。	地域医療への貢献の評価			当該病院で提供される入院医療とは、直接関係は無い機能で評価することについて、どう考えるか。
	⑧ 新規がん登録患者数による評価	○院内がん登録体制を整備していることを評価すべき ○新規がん患者の診療に応じた評価ができる。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。	その他			病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
	⑨ 高齢患者数の割合による看護ケアの評価	○高齢患者に対するケアを評価することができる。 ○要介護度により評価することを検討するべき。 ○現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である。	その他			病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
	⑩ 第三者による外部評価を受けていることに関する評価	○第三者による外部評価を受けていることの評価を検討すべき ○第三者による外部評価で指摘された事項等を公開していることの評価を検討すべき	その他			

DPC 評価分科会での新たな「機能評価係数」に関する検討の経過報告③

I. 概要

DPCにおける新たな「機能評価係数」に係るこれまでの議論

- ① 中医協基本問題小委員会において、「新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方」をまとめた（平成２０年１２月１７日）。
- ② DPC評価分科会において、この基本的考え方に沿って、新たな「機能評価係数」の候補について検討を重ねてきた。
- ③ 平成２１年度より、ケアミックス型病院をはじめ、地域医療において様々な機能を担う病院がDPCの対象となることを踏まえ、DPC評価分科会において、こうした医療機関との意見交換も行った。
- ④ 中医協・基本問題小委員会（平成２１年２月２５日）の議論も踏まえ、以下の点を考慮して評価すべき項目の絞り込みを行った。
 - ア．新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方との合致
 - イ．現行の「DPCの影響評価に関する調査」（以下、「DPCデータ」）の活用
 - ウ．現行の機能評価係数や出来高部分と評価が重複する可能性がある項目の整理等
- ⑤ 中医協・基本問題小委員会（平成２１年３月２５日）において、「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」については、平成２２年度改定に向けた議論では、検討を見送ることが決定された。

また、DPC評価分科会に対しては、論点のさらなる整理、及び各項目の評価方法の明確化を行い、必要に応じてデータを添えることが求められた。

II. これまでに提案された項目の整理(2)

これまで、各項目について、データの有無や既存の制度との整合性等を中心に議論を進めてきた。これらの項目について、更に以下の三つの観点から検討を行った。

A. DPC対象病院において評価を検討すべき項目

- i) 調整係数の廃止に伴い評価が必要と考えられる項目
- ii) DPCで提出されているデータを用いなければ評価できない項目

B. 急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目

DPC対象病院に限らず、出来高の病院においても課題となっている項目

C. 次期の診療報酬改定では、評価が困難な項目

A. DPC対象病院において評価を検討すべき項目

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの
 - ①DPC病院として正確なデータを提出していることの評価
(正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合 等)
 - ②効率化に対する評価
(効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価 等)
 - ④複雑性指数による評価
 - ⑤診断群分類のカバー率による評価
 - ⑥高度医療指数(診断群分類点数が一定程度高いものの算定割合)
 - ⑦救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価
 - ⑧患者の年齢構成による評価
2. DPCデータによって一分析が可能なもの、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
 - ①診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価
 - ③医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価
 - ⑤医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価
 - ⑥医療の質に係るデータを公開していることの評価
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
 - (2)既に診断群分類の分岐として評価されているもの
 - ②副傷病による評価
 - (3)出来高で評価されているもの
 - ⑤がん診療連携拠点病院の評価

B. 急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目

2. DPCデータによって一分析が可能なもの、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
 - (①診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価)
 - (③医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価)
 - ④産科医療の実施状況の評価
 - (⑤医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価)
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
 - (1)既に機能評価係数として評価されているもの
 - ①特定機能病院または大学病院の評価
 - ②地域医療支援病院の評価

- ③臨床研修に対する評価
- ④医療安全の評価
- (3) 出来高で評価されているもの
 - ①退院支援の評価
 - ②地域連携（支援）に対する評価

C. 次期の診療報酬改定では、評価が困難な項目

1. D P Cデータを用いて分析が可能なものであるもの
 - ③手術症例割合に応じた評価
2. D P Cデータによって一部分分析が可能なもの、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
 - ②術後合併症の発生頻度による評価
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
 - (2) 既に診断群分類の分岐として評価されているもの
 - ①標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価
 - ③希少性指数による評価（難病や特殊な疾患等への対応状況の評価）
 - (3) 出来高で評価されているもの
 - ③望ましい5基準に係る評価
 - ・ 特定集中治療室管理料を算定していること
 - ・ 救命救急入院料を算定していること
 - ・ 病理診断料を算定していること
 - ・ 麻酔管理料を算定していること
 - ・ 画像診断管理加算を算定していること
 - ア. ICU 入院患者の重症度による評価
 - イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価
 - ウ. 病理医の数による評価
 - エ. 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価
 - オ. 病理解剖数（割合）又はC P C開催状況による評価
 - ※ CPC とは、臨床病理検討会（Clinicopathological Conference）のことをいう。
 - ※ ア～オについては、望ましい5基準に係る項目であるが、これらの項目について出来高で評価されているものではない。
 - ④高度な設備による評価
- (4) その他
 - ①後発医薬品の使用状況による評価
 - ②治験、災害等の拠点病院の評価

各項目の評価指標について

中医協 診－1－2
21. 4. 15

A. DPCにおいてのみ評価を検討する項目

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの

	項目	評価指標の例
①	DPC病院として正確なデータを提出していることの評価 (正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合 等)	部位不明・ 詳細不明コード／全DPC対象患者 様式1の非必須項目の入力患者数／非必須項目の入力の必要のある患者数
②	効率化に対する評価 (効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価 等)	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
④	複雑性指数による評価	当該医療機関の各診断群分類毎の在院日数が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の、平均在院日数 ／ 全病院の平均在院日数
⑤	診断群分類のカバー率による評価	当該医療機関で、一定数以上の出現した診断群分類の数 ／ 全診断群分類の数
⑥	高度医療指数(診断群分類点数が一定程度高いものの算定割合)	当該医療機関で、入院期間Ⅰ(又はⅡ)の診断群分類点数が、一定程度より高いものを算定した患者の数 ／ 全DPC対象患者
⑦	救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価	様式1で救急車ありの患者数 ／ 全DPC対象患者 様式1で緊急入院の患者数 ／ 全DPC対象患者 様式1で救急車ありの小児の患者数 ／ 全DPC対象患者 様式1で緊急入院の小児の患者数 ／ 全DPC対象患者 様式1で救急車ありの患者で、入院精神療法の算定されている患者数 ／ 全DPC対象患者 様式1で緊急入院の患者で、入院精神療法の算定されている患者数 ／ 全DPC対象患者
⑧	患者の年齢構成による評価	一定の年齢以上又は未満の患者数 ／ 全DPC対象患者

2. DPCデータによって一分析が可能なもの、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

	項目	評価指標の例
①	診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価	診療ガイドラインを明示して、患者へ治療方針の説明を行っている 診療ガイドラインから逸れた診療を行う場合、十分に検討をするための委員会等が設置されている 等の体制が取られていること
③	医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価	各4疾病・5事業による入院患者数 ／ 当該地域のDPC病院における、各4疾病・5事業による総入院患者数
⑤	医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価	各職種の職員数 ／ 全DPC対象患者 病棟に勤務している各職種の職員数 ／ 全DPC対象患者
⑥	医療の質に係るデータを公開していることの評価	特定のデータ(医療の質の評価等につながる項目)の公表の実施の有無

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

(2)既に診断群分類の分岐として評価されているもの

	項目	評価指標の例
②	副傷病による評価	副傷病ありの患者数 / 全DPC対象患者

(3)出来高制度で評価されているもの

	項目	評価指標の例
⑤	がん診療連携拠点病院の評価	がん患者の患者数 / 全DPC対象患者

新たな「機能評価係数」に関する検討の整理

I. 概要

D P Cにおける新たな「機能評価係数」に係るこれまでの議論

- ① 中医協基本問題小委員会においてまとめられた、「新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方」を踏まえ、D P C評価分科会において、この基本的考え方に沿って、新たな「機能評価係数」の候補について検討を行った。
- ② 平成21年度より、ケアミックス型病院をはじめ、地域医療において様々な機能を担う病院がD P Cの対象となることを踏まえ、D P C評価分科会において、こうした医療機関との意見交換も行った。
- ③ 中医協・基本問題小委員会（平成21年2月25日）の議論も踏まえ、以下の点を考慮して評価すべき項目の絞り込みを行った。
 - ア. 新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方との合致
 - イ. 現行の「D P Cの影響評価に関する調査」（以下、「D P Cデータ」）の活用
 - ウ. 現行の機能評価係数や出来高部分と評価が重複する可能性がある項目の整理 等
- ④ 中医協・基本問題小委員会（平成21年3月25日）を踏まえ、以下の3つの論点に更に整理を行った。
 - A. DPC対象病院において評価を検討すべき項目
 - i) 調整係数の廃止に伴い評価が必要と考えられる項目
 - ii) D P Cで提出されているデータを用いなければ評価できない項目
 - B. 急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目
 - C. 次期の診療報酬改定では、評価が困難な項目
- ⑤ 中医協・基本問題小委員会（平成21年4月15日）において、当分科会からの報告を踏まえ、更に以下の通り整理が行われた。
 - また、今後は、「A. DPC対象病院において評価を検討すべき項目」については、D P C評価分科会で主体的に議論を進め、「B. 急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目」については、中医協・基本問題小委員会で主体的に議論することとされた。

Ⅱ．項目の整理

A. DPC対象病院において評価を検討すべき項目

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの
 - ①DPC病院として正確なデータを提出していることの評価
(正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合 等)
 - ②効率化に対する評価
(効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価 等)
 - ④複雑性指数による評価
 - ⑤診断群分類のカバー率による評価
 - ⑥高度医療指数(診断群分類点数が一定程度高いものの算定割合)
 - ⑦救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価
 - ⑧患者の年齢構成による評価
2. DPCデータによって一部分分析が可能なもの、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
 - ①診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価
 - ③医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価
 - ⑤医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価
 - ⑥医療の質に係るデータを公開していることの評価
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
 - (2)既に診断群分類の分岐として評価されているもの
 - ②副傷病による評価
 - (3)出来高で評価されているもの
 - ⑤がん診療連携拠点病院の評価

B. 急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目

1. DPCデータを用いて分析が可能であるもの
 - (⑦救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価)
2. DPCデータによって一部分分析が可能なもの、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
 - (①診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価)
 - (③医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価)
 - ④産科医療の実施状況の評価
 - (⑤医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価)
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
 - (1)既に機能評価係数として評価されているもの

- ①特定機能病院または大学病院の評価
- ②地域医療支援病院の評価
- ③臨床研修に対する評価
- ④医療安全の評価

(3) 出来高で評価されているもの

- ①退院支援の評価
- ②地域連携（支援）に対する評価

(4) その他

- ①後発医薬品の使用状況による評価

C. 次期の診療報酬改定では、評価が困難な項目

1. D P Cデータを用いて分析が可能であるもの

- ③手術症例割合に応じた評価

2. D P Cデータによって一部分分析が可能なもの、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

- ②術後合併症の発生頻度による評価

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

(2) 既に診断群分類の分岐として評価されているもの

- ①標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価
- ③希少性指数による評価（難病や特殊な疾患等への対応状況の評価）

(3) 出来高で評価されているもの

- ③望ましい5基準に係る評価

- ・ 特定集中治療室管理料を算定していること
- ・ 救命救急入院料を算定していること
- ・ 病理診断料を算定していること
- ・ 麻酔管理料を算定していること
- ・ 画像診断管理加算を算定していること

ア. ICU 入院患者の重症度による評価

イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価

ウ. 病理医の数による評価

エ. 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価

オ. 病理解剖数（割合）又はC P C開催状況による評価

※ CPC とは、臨床病理検討会（Clinicopathological Conference）のことをいう。

※ ア～オについては、望ましい5基準に係る項目であるが、これらの項目について出来高で評価されているものではない。

- ④高度な設備による評価

(4) その他

- ②治験、災害等の拠点病院の評価

※ 番号は、平成21年3月23日D P C評価分科会資料の通し番号を使用

DPC評価分科会における
新たな「機能評価係数」の絞り込みについて(案)

中医協 診-3
21. 6. 24

I. 次期改定での導入が妥当と考えられた項目

	項目	評価指標の例
1	DPC病院として正確なデータを提出していることの評価 (正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合等)	① 部位不明・詳細不明コード／全DPC対象患者 ② 様式1の非必須項目の入力患者数／非必須項目の対象となる患者数 ③ DPC調査において、データ提出の遅滞があった回数
2	効率化に対する評価 (効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価等)	① 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 (再入院調査の結果と合わせて評価)
3	複雑性指数による評価	① 当該医療機関の各診断群分類毎の在院日数が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数 / 全病院の平均在院日数
4	診断群分類のカバー率による評価	① 当該医療機関で(一定数以上の)出現した診断群分類の数 / 全診断群分類の数

II. 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

	項目	評価指標の例
1	救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価	①-1 救急車で搬送され入院した患者数 ①-2 救急車で搬送され入院した患者数 / 全DPC対象患者 ①-3 救急車で搬送され入院した患者数 / 当該医療機関の所属する2次医療圏の人口 ②-1 入院初日に初診料の時間外・深夜・休日加算が算定されて入院した患者数 ②-2 入院初日に初診料の時間外・深夜・休日加算が算定されて入院した患者数 / 全DPC対象患者 ②-3 入院初日に初診料の時間外・深夜・休日加算が算定されて入院した患者数 / 当該医療機関の所属する2次医療圏の人口 ③-1 緊急入院の小児の患者数 ③-2 緊急入院の小児の患者数 / 全DPC対象患者 ④-1 救急車で搬送され入院した患者で、入院精神療法又は救命救急入院料において精神保健指定医が診療した場合の加算が算定されている患者数 / 全DPC対象患者 ④-2 入院初日に初診料の時間外・深夜・休日加算が算定されて入院した患者で、入院精神療法又は救命救急入院料において精神保健指定医が診療した場合の加算が算定されている患者数 / 全DPC対象患者 ⑤ 複数の診療科における24時間対応体制
2	患者の年齢構成による評価	① 年齢構成指数 (全DPC対象病院のデータを基に、各年齢層の疾病構成が同じと仮定した場合の、年齢階級別の1入院あたり医療資源の投入量を指数化する。その指数を用いて、各医療機関の患者の年齢構成による医療資源の投入量の差異を表す)
3	診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価	① 診療ガイドラインを明示して、患者へ治療方針の説明を行っているか否か ② 診療ガイドラインから逸れた診療を行う場合、十分に検討をするための委員会等が設置されているか否か ③ 患者及び職員が、診療ガイドラインを閲覧できる体制・設備が整備されているか否か
4	医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価	① 3疾病(4疾病から糖尿病を除く)による入院患者数 ② 3疾病(4疾病から糖尿病を除く)による入院患者数 / 全DPC対象患者 ③ 3疾病(4疾病から糖尿病を除く)による入院患者数 / 当該医療機関の所属する2次医療圏の人口
5	医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価	① 病院に勤務している各職種の職員数 / 全DPC対象患者 ② 病棟に勤務している各職種の職員数 / 全DPC対象患者
6	医療の質に係るデータを公開していることの評価	① 特定のデータ(医療の質の評価等につながる項目)の公表を行っているか否か。

○: DPCデータで集計が可能な指標
●: 特別調査を行う等で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と考えられる指標

平成２２年改定における新たな機能評価係数の導入 （調整係数の段階的廃止）に関する対応（案）

第１ 新たな機能評価係数の導入について

平成２２年度診療報酬改定においては以下のような対応を行ってはどうか。

１．導入する具体的な機能評価係数

（１）項目（名称については要検討）（別紙１）

①以下の４項目については導入することとし、更なる作業に着手。

- ・〔項目１〕正確なデータ提出に係る評価
- ・〔項目２〕効率化に対する評価
- ・〔項目３〕複雑性指数による評価
- ・〔項目４〕診断群分類のカバー率による評価

②以下の２項目については、算出方法等の具体化作業に着手し、導入の可否も含めて速やかに検討。

- ・〔項目５〕救急医療の入院初期診療に係る評価
- ・〔項目６〕地域医療への貢献に係る評価

③「〔項目７〕チーム医療」については、診療報酬全体の議論と整合を図りながら、今回のＤＰＣでの対応について引き続き検討。

（２）各項目の重み付け

改定率等の決定を踏まえ、引き続き検討。

２．新・機能評価係数を含む医療機関別係数の設定方法

（１）今後の段階的対応を踏まえ（第２で後述）、ＤＰＣ対象病院全体として、現行調整係数による“上積み相当部分”のうち２５％相当を「新たな機能評価係数」の評価に置き換える（別紙２）。

（２）上記２．（１）と合わせて、各ＤＰＣ対象病院の暫定調整係数を次のように設定する。

①現行の調整係数設定方式に基づき算出した各病院の調整係数について、一律に一定の定数（別紙２・Ｐ２の「 λ （ラムダ）」）を乗じ、それを平成２２年度診療報酬改定の暫定調整係数とする。

②上記①の定数（λ）は、今後改定する診断群分類点数表（平成22年版）に基づく包括点数と上記2.（1）に基づき新たな係数評価で置き換えられる総点数等から算出される（別紙2）。

（3）上記（1）、（2）を踏まえ、最終的な医療機関別係数を次のように算出する。

$$\begin{aligned} \text{〔医療機関別係数〕} &= \text{〔暫定調整係数〕} + \text{〔新・機能評価係数〕} \\ &+ \text{〔現行の機能評価係数（※）〕} \end{aligned}$$

※ 出来高点数の加算等に基づく機能評価係数については、従来どおりの取扱で設定する。

3. その他の算定ルール等の見直し

改定時に通常実施する診断群分類見直しや、既に対応方針が決定された入院期間に応じた点数設定方式の見直しのほか、次のような事項についても整理する。

（1）以下については、現行の包括評価対象を見直し、出来高で算定可能とする。

- ・ 無菌製剤処理料
- ・ 術中迅速病理組織標本作製
- ・ HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV治療薬）
- ・ 血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ・ 慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流

（2）医療法標準による医師等員数の基準を満たさない場合や特別入院基本料を算定する場合の取扱等については、出来高と同様の規定を設ける。

第2 調整係数の廃止に向けた対応について

（1）現行の調整係数については、激変緩和の観点から、平成22年も含めて4回の診療報酬改定を経て廃止することとし、合わせて新たな機能評価係数に転換する。

（2）平成22年度診療報酬改定も踏まえながら、新・機能評価係数と暫定調整係数の設定方法やそれに基づく診療報酬の評価方法（重み付け等）について引き続き検討し、平成24年度診療報酬改定を目途に医療機関別係数のあり方について整理する。

新たな機能評価係数の設定(案)

	名称(案)	考え方	設定方法
1	○データ提出・公開指数 ○データ提出指数 ○データ提供指数 ○提出データの質指数	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に貢献することの評価	〔指数〕 ＝ ①データ提出の遅滞 ②部位不明、詳細不明のICD10コード使用割合が40%以上の場合に应じた定数で評価 ※非必須項目の入力状況による評価は行わない。
2	○効率性指数 ○相対平均在院日数指数	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	○患者構成指数 ○複雑性指数	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もの ／ 全病院の平均一入院当たり包括点数 ※ 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	○カバー率指数 ○総合性指数	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。

	名称(案)	考え方	設定方法
5	〇救急医療指数	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	〔指数〕 ＝ 救急車あり又は入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数 ／DPC対象患者数
6	〇地域医療指数	地域医療への貢献について、2つの視点で評価	(救急患者の受け入れ体制の評価のイメージ) 1:・救急患者数(又は割合)が○以上 ・救急部門に医師、看護師が常に専従で配置 ・薬剤師、臨床検査技師、放射線技師が常に専従又は専任で配置 2:・救急患者数(又は割合)が△以上 ・医師、看護師が常に専従又は専任で配置 ・薬剤師、臨床検査技師、放射線技師が常に専従、専任又はオンコールで配置 3:・救急患者数(又は割合)が□以上 ・職員の要件なし ※ 救急患者:救急車あり又は入院初日の初診料において時間外・休日・深夜加算ありのDPC対象患者数
		〔視点1〕 配置人員や患者数等による体制の評価(全国共通の基準)	
		〔視点2〕 地域の実情を踏まえた一定の役割について評価(地域に応じた相対的な基準)	(評価のイメージ) 例えば、都道府県が策定する医療計画(4疾病・5事業)等において、一定の役割が位置づけられている施設に対して、一定の指数により評価 ※4疾病:がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病 5事業:救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療
7	〇チーム医療指数	チーム医療の取り組みによる ・医療安全 ・勤務医負担軽減 ・医療の質 ・医療の効率化 ・医療の透明化 等を評価	今後の取り扱いについては更に検討