

平成 23 年 10 月 14 日 DPC 評価分科会 検討概要（検討事項と主な意見等）

I 機能評価係数Ⅱの具体的項目について（2）（D-2）

1. 現行の6項目について

(1) 地域医療指数

① 定量的評価の導入

i) 指標について

- 単科病院・専門病院は特定の疾患しか診療しないことから、全患者のシェアで考えると貢献度が低く見なされてしまい、大病院・総合病院が有利な指標ではないかとの指摘がなされた。

これについて、地域医療指数は中山間地域や僻地など、他に医療機関が無く救急車を断れなければ専門特化もできないような環境で、地域に貢献している施設についてシェアで評価しよう、という概念から生じたのであって、評価の視点が異なると考えるべきではないか、シェアで評価することにより医療圏内の中小病院が連携・統合を目指していくという方向性が出てきており、それに対するインセンティブにもなるのではないか、といった見解が示された。

ii) 地域の区割りについて

- 2次医療圏は千差万別であり、人口密度や医療資源の分布等を考慮して、類型化した上で議論をする必要があるのではないかとの指摘がなされたが、これについて、2次医療圏は患者の受療動向を踏まえて設定され、必要に応じて修正されるべきものであり、このこと自体は別の場で議論の上、適正な方向に見直されていけば、ある程度回避されるのではないか、との見解が示された。

- 過疎地域においては、逆に2次医療圏外からの患者が多いのではないか（かえって不利な評価になるのではないか）との懸念も示されたが、これに対して、救急搬送を要する疾患では少し様相が異なるものの、日常的な疾患は2次医療圏内からの受診が大半であるとの見解が示された。

- また、2次医療圏の境界領域にある医療機関にとって、不利な指標になるのではないか、隣の2次医療圏からの患者を忌避するような事態が起きないか、といった懸念が示されたが、これについて、まず、他の医療圏からの患者が理由で、自分の医療圏の患者が診療できないという状況が考えにくく、また、広い圏域から患者を受入れている医療機関では、当該地域の受入れも比例して多いと考えられること、更に研究班のデータから、2次医療圏の境界領域にある医療機関であっても、2次医療圏の患者シェアの高い医療機関もあればそうでない医療機関もあること、などから余り大きな影響ではないのではないか、また、2次医療圏を越えて長距離移動する患者は、ある程度重症な患者（複雑性の高い患者）が移動していると考えられ、個々の係数の損得だけでなく、このような複雑性指数の評価も含めた、機能評価係数Ⅱ全体として考える必要もある、との見解が示された。

これらの見解を踏まえて、今回の指標が、境界領域にある医療機関にとって相対的に不利になる可能性があるということ認識しつつも、そのような医療

機関は主として都会型であり、地域医療指数の評価の趣旨を考えれば、指標の方向性は妥当ではないかとの見解が示された。

iii) 小児医療提供体制を別途評価することについて

- 小児医療提供体制について、全患者と分けた設定とすることです承された。

② 現行の7項目の見直し

i) 評価手法について

- 現行の評価体系では、7項目全てを満たす方向にインセンティブが働いているが、それぞれ特性の異なる医療機関が全ての評価項目を満たすことを目標とすべきではないことから、評価に上限を設けてはどうか（例えば、7項目のうち4項目以上を満たせば満点）という指摘がなされた。

ii) 個々の評価項目について

- 最終的に、以下の項目ごとの検討や24時間t-PA体制への評価の組込みを含め、事務局が本日の議論を踏まえて体制評価項目全体を整理し、次回以降に整理案を提示することとされた。

- 「地域がん登録」

- ・ 地域がん登録によって得られたデータに基づいてがん医療体制に係る検討や住民への説明が可能となり、実施するインセンティブ重要ではないか、また、中小病院にとって地域がん登録は負担ではあるが、政策上の位置づけを考えても重要であり、評価項目として維持すべきで、むしろ重点的な評価を期待したいとの意見が示された。

- 「救急医療」

- ・ 救急医療については、体制を地域医療指数で評価し、実績を救急医療指数で評価する形で整理するのであれば、体制の評価は他の項目より重視されてもいいのではないかとの意見が示された。

- 「災害時における医療」

- ・ 東日本大震災では、多くの医療機関からDMATに限らず出動しており、DMAT以外の災害医療チーム（日本医師会のJMAT等）も評価すべきではないか、DMATの指定は高機能な病院・大病院でないと受けることが難しく、中小民間病院も災害医療への協力を行っており、同様に評価すべきではないかという意見が示される一方で、全ての医療機関がこのような努力をしていることは理解しつつも、評価項目とするためには、常時対応できる体制がとられているといった組織的な対応が認められている場合について評価することが適切ではないかとの見解も示された。
- ・ 災害拠点病院に指定されるためには、災害訓練の実施や物資の備蓄等、体制整備に一定程度の投資をしており、災害拠点病院に指定されていることを評価してもよいのではないか、という意見が示される一方で、DMATや災害拠点病院の指定といった要件は、大病院に有利な評価になるのではないか、という懸念も示された。

- ・ これについて近年では、大病院だけでなく中小病院であっても、地域にとって必要な義務を果たす医療機関を育てていくという考え方も芽生えていることが紹介された。

(2) 救急医療指数

- 機能評価係数Ⅰ設定にかかる救急患者受け入れ実績の取扱いや、薬物中毒救急患者に対する診療に係る診療報酬上の評価についての確認がなされた後、これまでの議論を踏まえ、具体的な対応案の方向での見直しについて了承された。

(3) データ提出指数

- 具体的な対応案の方向での見直しについて了承された。

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

- 公開にあたっては必須とする項目と対応事項、努力目標とする項目と対応事項を明確に区別し、客観的かつ公平な判断ができるものを用意するのであれば、わかりやすい情報提供・情報公開には賛成との意見が示された。
また、データの公開だけではなく、改善への取り組み体制の確保が重要であり、将来的にはそれらの要件も加味する必要があるのではないかと、あるいはそれらの信ぴょう性について第三者の検証が必要ではないかとの見解が示された。
- 一方で、情報公開や質に対する評価はあるべきと考えられるが、それらは医療機関自身がマネジメントとして当然取り組むべきであって、診療報酬で評価すべきものなのか整理する必要があるとの指摘もなされた。
- また、具体的な対応案で例示されている「厚労省のホームページにおいて公表」については、情報の中身について検証が必要であるとの指摘があり、厚生労働省のホームページに載せるという意味合いも含めて、今後、更に検討することとされた。
- 次回以降、藤森委員から、病院の視点での市民向けのデータ公開という視点で整理した具体案の提出を得て、更に検討を進めることとされた。

(2) 専門病院の評価

- 専門的診療に配慮したカバー率評価基準の再検討案について、機能評価係数Ⅱ全体として総合病院が高く評価され専門病院が必ずしもそうならない懸念が改めて示されたものの、最終的には、この再検討案での見直しについて了承された。

(3) 医療機関群設定との関係について

- 提示された方向で検討することが確認された。

Ⅱ 医療機関群の具体的設定について (1) (D-3)

<医療機関群の設定のあり方、医師密度要件の取扱い>

- 大学病院は機能的に明らかに別だが、それ以外の病院について医師密度で群を設定すると、その境界で医師がかなり移動するなどの問題が生じる可能性を考慮すべ

きであり、看護基準7対1導入時の混乱も踏まえれば、大学病院群の設置だけにとどめるべき、との見解が改めて示された。

これに対して、実績要件も当然踏まえる前提で、現時点では医師密度が診療密度を数値化する上で最も客観性があり、診療密度だけでは客観的な評価は困難ではないか、看護必要度が高い患者を評価するのと同様に、医師密度単独ではなく高度な医療の実施などの視点を同時に評価することが重要なのではないかと、あるいは、今回の提案は単に医師数だけで評価するものではなく、必要性もなく診療密度が単に高いいわゆる「濃厚診療」と高度な医療に伴い診療密度が高くなることとは区別する必要がある、といった意見も示された。

<医師密度の代替要件、医師研修機能要件について>

- 医師獲得競争への懸念は理解できるが、全医師の医師密度を臨床研修医の医師密度で代替することは、本来の評価の趣旨や機能を見失う可能性があるとして、反対する意見が多数示された。

一方で、医師獲得競争への配慮も必要であり、研修医を獲得するためには一定以上の他の医師配置も必要なこと、一般論として指導医の多いところに研修医も集まる傾向があること、などから代替指標にも一理あり、実際のデータで指摘された懸念について検討してみることが必要なのではないかと、との指摘もなされた。

- また、大病院や基幹型の臨床研修指定病院に医師が集まっているが、そのような施設から地域への医師派遣が無くなったことが問題であって、派遣を評価するシステムとセットで考えるべきとの見解も改めて示された。

<高度な医療技術の実施要件について>

- 外保連手術指数を当面の指標とすることに異論は無いが、将来的には内科系技術（診療に高度な知識と専門性が求められるもの、例：劇症肝炎や甲状腺クリーゼ等）の評価も検討することの必要性を認識すべきとの指摘がなされた。

- 全患者に占める全身麻酔の患者比率を指標とすることは弊害が大きい（手術時麻酔方法として全身麻酔が選択されやすくなる可能性がある）との懸念が示された。

<実績要件のあり方について>

- 教育の重要性から、大学病院以外でも大学病院本院相当の医療機関を他の医療機関と区別して評価する、というのは理解できる。しかし、その場合の一定の機能や役割の要件（実績要件）については、医者不足の中で十分な教育ができない医療機関においても診療活動は行われていることを踏まえれば、厳格な条件を設定しなければ公平性が保てないのではないかと、従って、機能として大学病院本院に類似する医療機関ということならば、実績要件の3つは「いずれか満たす」ではなく「いずれも満たす」にすべきではないかと、との指摘がなされた。

<今後の検討について>

- 本日の整理を踏まえ、次回以降、各指標についての具体的な集計結果の提示を得て、具体的な医療機関群の要件設定について検討を続けることとなった。

(了)