

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（3）

I. 中医協総会（平成 23 年 11 月 18 日）での検討を踏まえた今後の検討

これまでの DPC 評価分科会での検討及び平成 23 年 11 月 18 日の中医協総会での検討結果を踏まえ、今後次のような検討を進める。

(1) 現行機能評価係数Ⅱ（6 項目）のうち地域医療指数とデータ提出指数（他 4 指数については検討済）

- 地域医療指数の体制評価項目について、全体像の整理を踏まえた必要な見直しを行う。
- データ提出指数について、その内容を精緻化する。

(2) 追加導入を検討する項目

診療情報活用の評価（データ提出指数見直しとも関連）については、具体的な評価項目・形式等について引き続き検討する。

(3) 医療機関群設定との関係

3 つの医療機関群設定の方針を踏まえ、各医療機関群の特性に応じた機能評価係数Ⅱの具体的な評価方法等を検討する。

II. 具体的な項目の検討

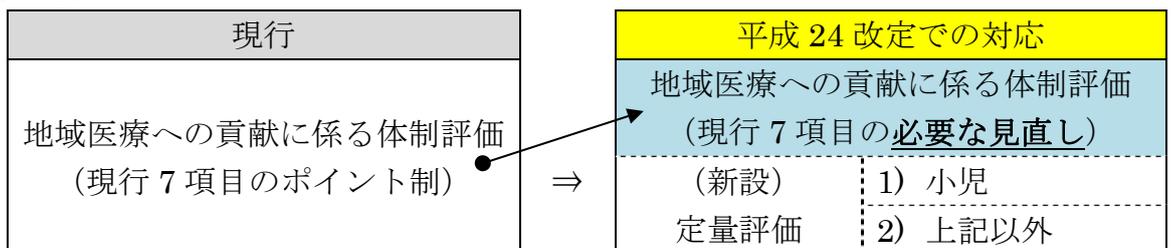
1. 現行機能評価係数Ⅱ（6 項目）について

(1) 地域医療指数の体制評価項目

A 見直しの概要

- 地域医療計画等における一定の役割を評価する現行のポイント制について、評価の視点・体系を整理した上で、必要な見直しを行う。
（定量評価項目の導入（新設）については既に検討済）

<評価のイメージ>



※ それぞれの重みづけについては、最終的に中医協総会で議論

B 現行評価項目の体系的な整理

- 地域医療への貢献に係る体制評価（現行の 7 項目のポイント制）については、平成 22 年改定において、国が定める指針に基づき都道府県が地域医療計画等において定める対策（4 疾病 5 事業）の推進に一定の役割を担っている施設について評価している。
- 具体的には、4 疾病 5 事業における医療連携体制、医療提供体制（実施主体）、及び関連する対策事業の実施を評価している。

< 現行 7 項目の位置づけ（「－」は項目がないことを表す） >

●4 疾病	医療連携体制	医療提供体制	対策事業等
がん	②がん地域連携	－	③地域がん登録
脳卒中	①脳卒中地域連携	－	－
急性心筋梗塞	－	－	－
糖尿病	－	－	－
●5 事業	-----		
救急医療	－	④救急医療	－
災害医療	－	⑤災害時における医療	－
へき地医療	－	⑥へき地の医療	－
周産期医療	－	⑦周産期医療	－
小児医療	－	－	－

【参考】医療計画に関する記載（医療法 第三十条の四 より該当部分を抜粋）

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 都道府県において達成すべき第四号及び第五号の事業の目標に関する事項
- 二 第四号及び第五号の事業に係る医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。）に関する事項
- 三 医療連携体制における医療機能に関する情報の提供の推進に関する事項
- 四 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

（4 疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）を指す

（医療法施行規則 第三十条の二十八）

- 五 次に掲げる医療の確保に必要な事業 (以下「救急医療等確保事業」という。)
に関する事項 (ハに掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。)
- イ 救急医療
 - ロ 災害時における医療
 - ハ へき地の医療
 - ニ 周産期医療
 - ホ 小児医療 (小児救急医療を含む。)
 - ヘ イからホまでに掲げるもののほか、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療

C 検討

1) 評価手法 (現行はポイント制)

- i) 各評価項目間の重み付けを変えるべきとの指摘があるが、それぞれの独立した概念の項目の間で軽重をつけることは困難であることから、各項目の評価は等しい重み付けで評価する方向で整理してはどうか。
- ii) 評価対象となっている全ての体制や事業を単一の医療機関が実現することを目指すべきではないことから、評価に上限値を設定 (この後の検討の結果にも拠るが原案通りであれば例えば 7 ポイント) してはどうか。
- iii) 各項目について、「実施の有無」だけでなく「実績」による評価も検討すべきとの指摘があり、項目の性質によって実績の要素を加味した評価の導入を検討してはどうか。

2) 評価項目の具体案

i) 既存 7 項目の見直し

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

- 医療連携体制について、現行では施設基準の取得の有無で(算定の有無を問わず) 評価しているが、実際の連携状況を反映した定量的な評価要素を加えてはどうか。

[評価方法の見直し案]

➤ 脳卒中地域連携

- ・ 当該医療機関を退院した患者であって医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である者のうち、評価対象点数を算定した患者のシェアで評価。

➤ がん地域連携

- ・ 当該医療機関を退院した患者であって医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である者のうち、評価対象点数を算定した患者のシェアで評価。

③ 「地域がん登録」:

地域がん登録への参画の有無を評価

- 「地域がん登録」についても、現行の1件以上の登録の有無による評価から、実績を加味した評価としてはどうか。

[評価方法の見直し案]

- ・ 当該医療機関を退院した患者であって医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である者（医療機関の属する都道府県から入院したものに限る。）の数と地域がん登録件数（医療機関の属する都道府県に登録したもの）の比で評価を行う。

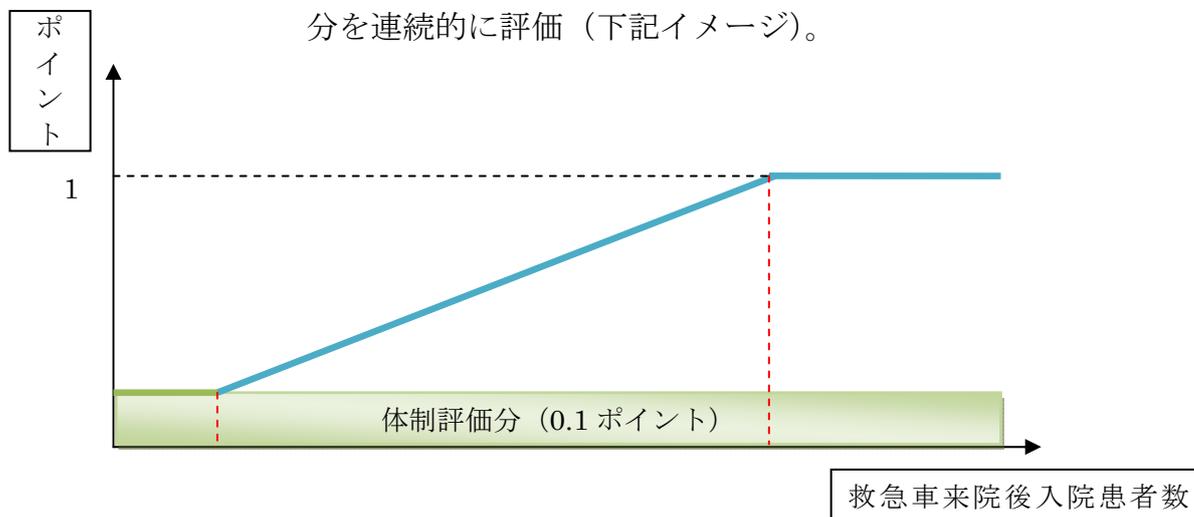
④ 「救急医療」

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

- 例えば同じ病院群輪番制に参加している病院であっても、救急医療に対する貢献には幅があるとの指摘があることから、体制の評価を前提として実績の要素を加味した評価を導入してはどうか。

【評価方法の見直し案】

- ・ 体制評価を受けていることで0.1ポイント
- ・ 救急車で来院し、入院となった患者数に応じて残りの部分を連続的に評価（下記イメージ）。



- 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

- 「災害時における医療」については、DMAT 指定の有無に加え、災害拠点病院の指定（※）の有無も含めた評価（すなわち、いずれか指定されればよい）としてはどうか。

※ 災害拠点病院は、「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」（平成 8 年 5 月 10 日健政発第 451 号厚生省健康政策局長通知）に定められた「災害拠点病院指定要件」を満たしたものについて、都道府県が指定する。

なお、「災害医療等のあり方に関する検討会」の報告書より、平成 25 年度末までに災害拠点病院は DMAT を保有することが推奨されており（現状では DMAT を保有していない災害拠点病院が 3 割強）。

- 日本 DMAT 以外の災害救助チーム（JMAT や日本赤十字社の救護班等）について評価してはどうかとの指摘がある。これらについては、今後の体制整備状況を踏まえながら、引き続き検討課題としてはどうか。

➤ JMAT（日本医師会災害救助チーム）については、東日本大震災前の平成 22 年 3 月に創設が提言され、JMAT 参加者の研修について検討する等準備が進められていたが、そのさなかに東日本大震災が発生し急遽派遣が要請されている（現時点では体制整備途中）。

また、DMAT が災害発生直後の救急医療の提供を担当するのに対して、JMAT は避難所・救護所における医療や日常診療への支援等と位置づけが異なっている。

- 災害発生時の「救助」については、災害救助法により日本赤十字社に災害発生時の協力義務が明記されている（※）。なお、実際には、例えば今回の東日本大震災において、日本赤十字社以外の医療機関の組織する救護班も多く出動するなど、これらの救護体制について平時より都道府県や都道府県医師会等による運営がなされている。

なお、DPC/PDPS に参加している日本赤十字社の病院の約 9 割は日本 DMAT の指定を受けるか災害拠点病院に指定されている。

- ※ 日本赤十字社は、その使命にかんがみ、救助に協力しなければならない（災害救助法 第三十一条の二）

「救助」の種類は災害救助法第二十三条に細かく規定され、そのうちに「医療及び助産」がある（第四項）。

ii) 新規項目

- 「がん診療連携拠点病院」・「24 時間 t-PA 体制」

今回の医療連携体制と医療提供体制の体系的な整理を踏まえ、がんに対する医療提供体制として、「がん診療連携拠点病院」（※1）もしくはそれに準じた病院（※2）について、脳卒中に対する医療提供体制として、「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している（※3）医療機関を評価してはどうか。

※1 「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成 20 年 3 月 1 日健発第 0301001 号）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院。

※2 都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院。

※3 A205-2 超急性期脳卒中加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-P A適正使用に係る講習会を受講していること。
- (2) 薬剤師が常時配置されていること。
- (3) 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。
- (4) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。
- (5) 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。
- (6) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具を他の治療室と共有していても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
 - ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
 - イ 除細動器
 - ウ 心電計
 - エ 呼吸循環監視装置
- (7) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。

○ 「EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加」

災害時における医療に対する対策事業の一つとして、災害医療に関わる情報の共有や集約・提供を推進するEMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加の有無を評価してはどうか。

災害医療等のあり方に関する検討会の報告書において、東日本大震災では緊急時の災害拠点病院等の状況把握にEMISが重要な役割を果たしたことが報告されている。今後備えて災害拠点病院以外の医療機関に対してもEMISへの登録を促す必要があることが報告されている。

＜見直し後の項目間の関係（イメージ）＞

●4 疾病	医療連携体制	医療提供体制	対策事業等
がん	②がん地域連携	⑧がん診療連携 拠点病院	③地域がん登録
脳卒中	①脳卒中地域連携	⑨24時間t-PA体制	—
急性心筋梗塞	—	—	—
糖尿病	—	—	—
●5 事業	/		
救急医療	—	④救急医療	—
災害時における医療	—	⑤災害時における 医療 (+災害拠点病院)	⑩EMIS (広域災害救急医療情報システム)
へき地の医療	—	⑥へき地の医療	—
周産期医療	—	⑦周産期医療	—
小児医療	—	—	—
赤字：新規項目			
緑色：実績評価の要素を加味する項目			

(2) データ提出係数

A 見直しの基本的考え方

- 提出データの質的指標について、現行の病名コーディングの評価に関して更なる精緻化を行う。更に、ICD-10 病名コード以外の提出データについて、質的評価の範囲の拡充を図る。

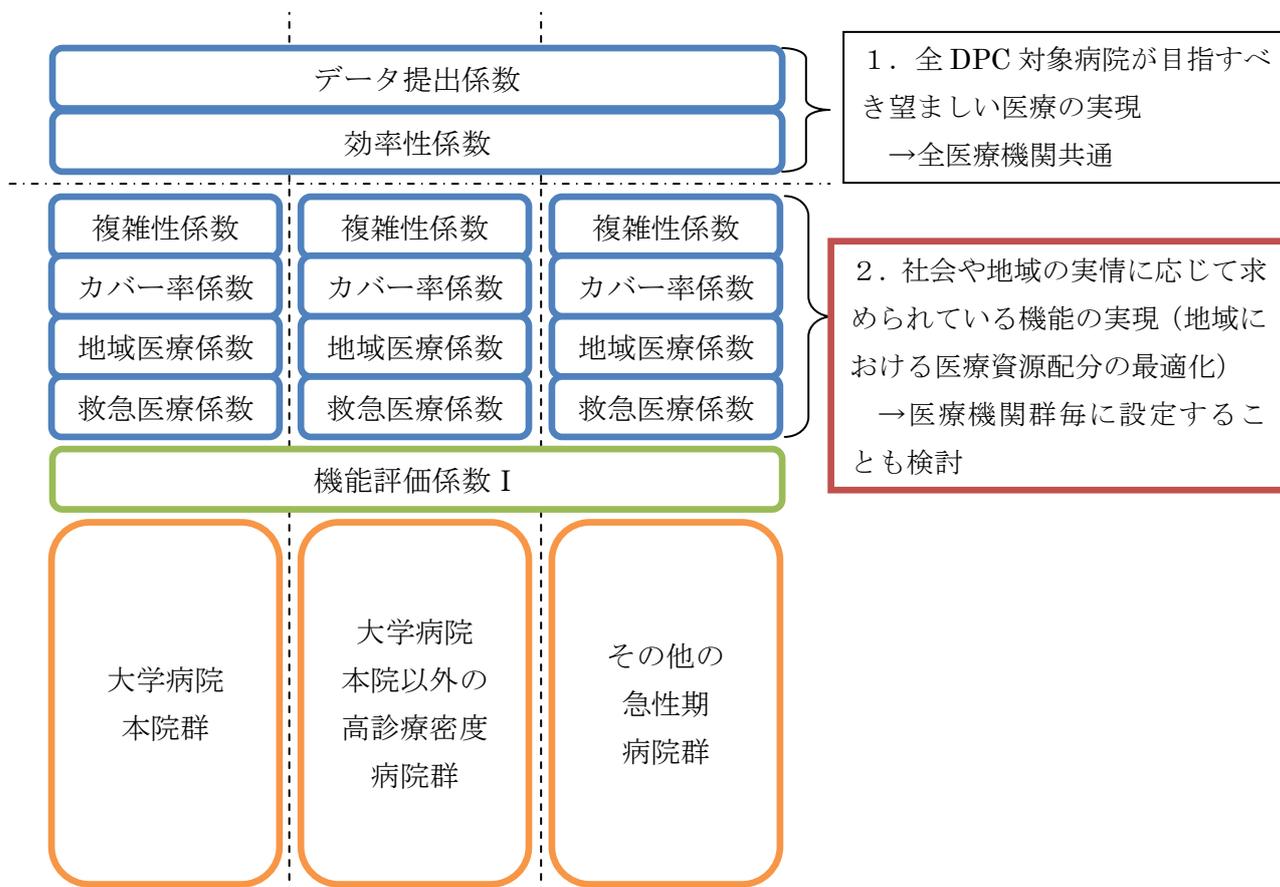
B 現行の評価体系

- 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。
※ 分類名に「●●不明」「●●不詳」（例：部位不明、性状不詳）の単語が記載されているものであって、3桁以上の ICD コード（評価対象は「医療資源病名」）。

C 検討

- i) 「部位不明・詳細不明コード」の見直し
 - 医療資源病名のコーディング精度の評価基準となる現行の「部位不明・詳細不明コード」(平成 22 年度に設定)について、評価の精度の更なる向上のため、通常やむを得ず使用する頻度の高いものを除外する等の見直しを行ってはどうか。
 - この見直しに伴い、「部位不明・詳細不明コード」の適正な使用割合(水準)も調整が必要。
- ii) 様式 1 の他の項目の入力状況に関する評価
 - 入力必須となった様式 1 の他の項目について、エラーデータ等の実態を精査し、適切なデータ入力のあり方について検討してはどうか。

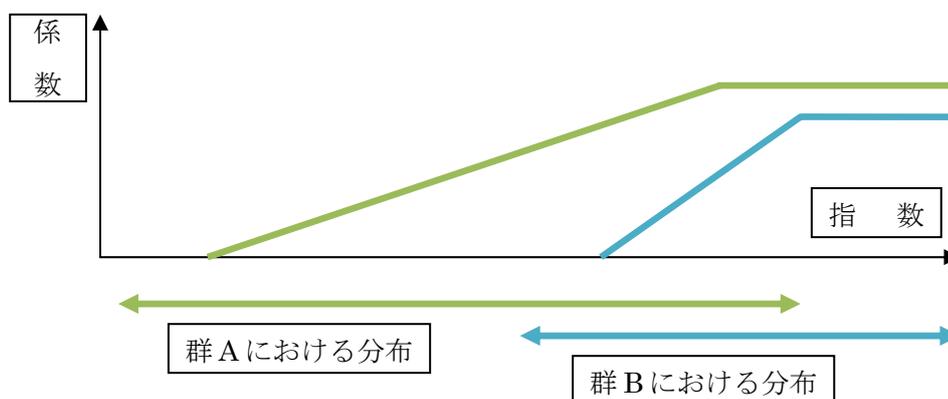
2. 医療機関群設定との関係について



(1) カバー率指数・複雑性指数・救急医療指数

- 医療機関群毎の分布に従い、それぞれ適切な係数化を行う。

<イメージ>



- 具体的な上限値・下限値等の設定方法は実際に改定で使用するデータベースの分布状況に基づき設定。

(2) 地域医療指数

- ・ 基本的考え方
医療機関群毎に求められる役割・機能を踏まえながら、評価項目毎に対応する。
- ・ 具体的な対応
 - i) 定量評価

指標の定義 (計算式)

[当該医療機関の所属地域における担当患者数] / [当該医療機関の所属地域における発生患者数]を「地域医療指数 (定量)」とし、小児 (15歳未満) とそれ以外 (15歳以上) に分けてそれぞれ評価する。

➤ 対象とする「地域」の単位 (区割り)

大学病院本院 : 広域性を踏まえ、都道府県
高診療密度病院群 } 二次医療圏
その他急性期病院群 }

ii) 体制評価

各評価項目について評価要件の設定を医療機関群毎に次のように設定してはどうか。

評価項目 (各 1P)	大学病院 本院群	(仮) 高診療密度 病院群	その他の 急性期病院群
①脳卒中地域連携	「B005-2 地域連携診療計画管理料」 を算定している病院に限って評価		○
②がん地域連携	「B005-6 がん治療連携計画策定料」 を算定している病院に限って評価		○
③地域がん登録	○	○	○
④救急医療	・ 救命救急センターの指定を重点的に評価 (0.5P) ・ 実績に応じた評価は救急医療入院患者に限る (0.5P)		○
⑤災害時における医療	「災害拠点病院の指定」と「DMATの指定」をそれぞれ評価 (各 0.5P)		○
⑥へき地の医療	○	○	○
⑦周産期医療	総合周産期母子医療センターを重点的に評価 (1P、地域周産期は 0.5P)		○
⑧がん診療連携拠点病院	「がん診療連携拠点病院」に限って評価するとともに「都道府県がん診療連携拠点」を重点的に評価(1P)、地域がん診療連携拠点病院は 0.5P		○
⑨24 時間 tPA 体制	「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」を算定している病院を重点的に評価 (1P)、24 時間 t-PA 体制のみの病院は 0.5P		○
⑩EMIS (広域災害救急医療情報システム)	○	○	○

【補足】

- ・ ○は1. (1)で議論した指標をそのまま採用する事を意味する
- ・ Pはポイントを表す
- ・ 表のスペースの都合で大学病院本院と高診療密度病院群が一つの欄に記載されているが、実際は医療機関群毎に評価する。