

平成 23 年 11 月 30 日 DPC 評価分科会 検討概要

(検討事項と主な意見等)

I. 高診療密度病院群（仮称）の要件における特定機能病院の取扱い（D-3）

- 特定機能病院については、医療法上の規定（高度の医療に関する研修）に基づき、高診療密度病院群の「一定以上の医師研修の実施」要件を満たしていることとして取り扱い、（仮）高診療密度病院群の適否は、それ以外の3要件で判定することとされた。

II. 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）（D-4）

1. 地域医療指数の体制評価項目

(1) 評価手法

- 各評価項目間の重み付けを等しくすること、評価に上限値を設定すること、実績の要素を加味した評価を導入することについては、原案通り了承された。

(2) 既存7項目の見直し

① 脳卒中地域連携

- 地域連携診療計画管理料は、急性期病院が施設基準の届出を行う項目であり、急性期病棟と回復期病棟を有するケアミックス病院で届出を行う項目は退院時指導料である。計画管理料のみを評価要件とすると、ケアミックスの脳卒中専門病院は全て評価対象外となるのではないかと懸念が示された。
- これについて、当該項目は地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料Ⅰ、地域連携診療計画退院時指導料Ⅱのいずれかを算定している医療機関を評価することが基本であり、これをその他急性期病院群における要件としていること、計画管理料を算定している医療機関のみで評価するのは、大学病院本院群及び高診療密度病院群であることを確認した。

② がん地域連携

- 原案通りに評価することとされた。

③ 地域がん登録

- 評価指標として「比」が採用されているが、これが最終的な係数に比例するわけではなく、一定の上限値（ここでは1ポイント）が設定されることが確認された。
- 地域医療指数は、地域医療への貢献を評価するものであり、評価対象を医療機関所在地の都道府県に限定すると、県境に隣接する施設にとっては影響が大きい、との指摘がなされたが、この点について

は、基本的にシェアを評価するものであり、分子・分母が同じ都道府県であれば、他の都道府県に登録した件数が除外されたとしても、余り大きな問題はないとの意見が示された。

- また、地域がん登録は都道府県が原則、実施主体であり、複数の都道府県に跨って地域がん登録事業に参加している施設があれば、配慮の余地はあること、また、今回の提案の趣旨は、地域がん登録への参加状況が医療機関毎にかなりの差があり定量的な要素を加味すべきとの過去の分科会での指摘も踏まえて提案したものであることが確認された。
- 以上の議論を踏まえ、地域がん登録については再度整理を行い、引き続き議論することとされた。

④ 救急医療

- 自施設への入院患者を評価するため、大病院に搬送させなければならぬような重症患者を受け入れている圏内少数の中小病院が評価されないのではないかと、この指摘がなされたが、このようなケースは地域によらず発生するものであり、またこの指標の趣旨が、実際に入手可能なデータの範囲で救急医療への取組みを評価するものであることを確認した。
- 救急車の受け入れ台数が有力な指標となり得るとの意見が示されたが、ここでの評価は可能な限り DPC データ（退院患者調査）に基づき評価することを想定して設定していることが確認された。
- 大病院がない地域の中小病院が重症者を受け入れることの困難性を評価できないか、との意見が示されたが、施設や地域行政当局への照会等を要しその評価も困難であることから、DPC データで評価するという趣旨を再度確認するとともに、今回の見直しの考え方が、ポイント制に定量的要素を加味するという対応であって、実績に応じた線形的な評価の導入ではないこと、大半の医療機関は上限値を超えて同等の評価となる見込みであること、などが確認された。
- 以上の議論を踏まえ、救急医療指数については提案どおり受入実績を加味して評価することとされた。

⑤ その他（災害時における医療、へき地の医療、周産期医療）

- 原案通りに評価することとされた。

(3) 新規項目

① 24 時間 t-PA 体制

- 現行の SCU（脳卒中ケアユニット入院医療管理料）は施設基準が厳し過ぎ、実態として SCU 相当の診療施設でも基準を満たさない場合が多いため、現行の SCU の施設基準を要件とすることは大学病院本院であっても採用しない方が良いとの指摘がなされ（SCU の施設基準が見直されるのであれば検討する余地はある）、24 時間 t-PA 体

制については、今回改定で SCU の施設基準が変更される場合は別として、医療機関群毎に評価体系を変更しないこととされた。

② その他（がん診療連携拠点病院、EMIS）

- 原案通りに新設することとされた。

(4) 全体の整理について

- 4 疾患 5 事業の中で、急性心筋梗塞、糖尿病、小児医療についての設定がないというのは、どのように理解すればいいのか、との指摘がなされたが、これらについては、現時点で客観的に評価できるものが該当せず、明示的な設定はなされていないことが確認された。これに関連して、この項目の整理としては、特に入院で評価すべき項目ということを明確にした方がわかり易い、との指摘がなされた。
- 15 歳未満の小児医療体制の定量評価について、評価がどのように位置付けられ、どのような重み付けになるのか、との指摘がなされ、この点も含め、次回全体像を再整理して提示することが確認された。

2. データ提出指数

- 評価手法について、現行の減算方式の維持が確認された。

3. 医療機関群設定との関係について

(1) その他 3 指数（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って、それぞれ上限値・下限値を設定して評価することで了承された（原案通り）。

(2) 地域医療指数

<定量評価>

- DPC データだけでは、参加施設の多い都市圏が不利な傾向となり、参加施設がまばらな地方で過大評価の傾向となることから、地域の人口構成や疾患構成から算出される推定患者数を用いた方がより妥当ではないかとの指摘がなされた。
- これについて、分母を地域の人口統計等をベースとするか DPC データをベースとするかの選択は、疾病の分布や地域性の要素をより重点的に考慮すべきとの視点と、急性期施設の大半が DPC/PDPS に参加している現状も踏まえ、疾病特性をより精緻に反映する DPC データによる評価が提案されている旨確認された。
- また、定量評価は病床規模の影響を受けやすいとの懸念が示されたが、地域医療指数は、中山間地域やへき地など、医療資源が乏しい地域の医療機関を評価するという概念であり、医療機関が少ない地域で地域の患者を全て受け入れている傾向が強いというデータを前提として今回の指標が検討されている旨確認された。
- 定量評価について、隣接医療圏の患者も診療していることから、

診療患者数（分子）を所在地の医療圏に限定することには違和感があるとの意見が重ねて示されたが、改めて、この指標は医療機関の診療能力そのものを評価しようとするものではなく、当該地域にどれくらい貢献したかという観点から評価するものであり、所属医療圏を中心に評価する方針が基本とされていることが再度確認された。

- また、患者の視点からも、基本的に身近（二次医療圏）で済ませたいという気持ちがあり、その地域で診ることができない病気であって初めて医療圏を超えて受診することから、地域で貢献している医療機関を評価する場合の考え方としては、所在地の医療圏に基づく評価が適切、との見解も示された。
- 更に、機能評価係数Ⅱは個々の項目に着目すると、それぞれの指標の問題点が必ず出てくるが、全ての項目を通して見ればバランス良く評価しようとしており、DPC 制度に参加する病院がこれだけ多様化していることを踏まえ、様々な角度から多角的に評価したものを総合的に取り入れるという現行の考え方は妥当、との意見も示された。

<対象とする「地域」の単位（区割り）>

- 大学病院本院の多くは県庁所在地等の比較的都会に位置し、特定の施設でなければできない手術を受ける少数の遠方からの患者を除き、大多数の患者はそれほど遠くない地域から受診しており、大学病院本院について3次医療圏の評価で妥当とは考えるが、必ずしも遠方から来るわけではないとの見解が示された。
- 高診療密度病院群の「地域」の単位については、医療機関群ごとに求められる役割・機能を踏まえながら検討されるべきであり、これまでの議論を踏まえれば、大学病院本院と同様に三次医療圏で評価するべきではないか、との意見が示された。
- 以上の議論を踏まえ、高診療密度病院群については、二次医療圏ではなく三次医療圏で評価することとされた。

（了）