

## 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会委員一覧

### <委員>

氏 名	所 属 等
池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学教授
石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会理事長
猪口 貞樹	東海大学医学部付属病院高度救命救急センター所長
井原 裕宣	社会保険診療報酬支払基金医科専門役
緒方 裕光	女子栄養大学疫学・生物統計学研究室教授
金田 道弘	社会医療法人緑社会理事長
川上 純一	浜松医科大学医学部附属病院教授・薬剤部長
川瀬 弘一	聖マリアンナ医科大学小児外科教授
小林 弘祐	学校法人北里研究所理事長
舌間 康幸	保健医療福祉情報システム工業会 医事コンピュータ部会DPC委員長
瀬戸 泰之	東京大学大学院医学系研究科消化管外科学教授
福岡 敏雄	公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院総合診療科主任部長
伏見 清秀	東京医科歯科大学大学院医療政策情報学分野教授
○ 藤森 研司	東北大学大学院医学系研究科公共健康医学講座医療管理学分野教授
箕浦 洋子	兵庫県立尼崎総合医療センター副院長兼看護部長
美原 盤	公益財団法人脳血管研究所美原記念病院長
◎ 山本 修一	国立大学法人千葉大学医学部附属病院長
渡辺 明良	聖路加国際大学法人事務局長

◎：分科会長      ○：分科会長代理

## 1. 背景

- 機能評価係数Ⅱは、急性期の入院医療における個々の医療機関の機能への評価として設定されている。
- 各係数の設定方法において、より適切な評価となるよう、現在の評価方法の課題、具体的な対応について検討する。

## 2. 機能評価係数Ⅱの設定方法

### (1) 現行の設定方法（基本的な考え方）

- 各指数については、評価対象となる医療機関の相対評価で設定しており、指数の2.5%tile値となる医療機関は、係数の最小値を0としている。（参考 P7）
- ただし、Ⅲ群のカバー率係数については、専門病院・専門診療機能に配慮し、下限値・最小値が30%tile値となるように処理しており、指数が30%tile値より低い医療機関についても一定の係数値となるよう配慮されている。（参考 P7）
- また、平成28年度改定において、機能評価係数Ⅱの重み付けを行わない代わりに、効率性指数、複雑性指数、後発医薬品指数については、医療機関の取組が同等となるよう指数の分散が均等となるような統計的な処理がされている（参考 P7）。

### (2) 課題

#### ① 機能評価係数Ⅱの各係数

- ・ 機能評価係数Ⅱは、これまでの検討において、全ての指数・係数で高い値を目指すものではなく、医療機関の特性に応じて高い値となる場合もあれば、低い値となる場合もあるもの、と整理されている。
- ・ Ⅲ群についても、カバー率指数（係数）の高い医療機関もあれば、専門病院のようにカバー率指数（係数）は低いが、その他の指数（係数）は高い医療機関もある。（参考 P8）

#### ② 分散の均一化

- ・ 各指数は医療機関間の相対評価で決定されるものであり、医療機関群ごとに均一な分布が期待されるわけではないことから、分散均一化を機械的に行うことは、必ずしも適切な評価とならない場合があり得る。（平成29年の機能評価係数Ⅱ設定での事例）（参考 P9）

## 3. 対応方針（案）

- Ⅲ群における、専門病院・専門診療機能に配慮したカバー率指数・係数の下限値・最小値の設定については、機能評価係数Ⅱ各指数・係数の関係についての考え方、カバー率係数以外の機能評価係数Ⅱによる評価との整合性の観点から、他の医療機関群と同様な対応（下限値を0）としてはどうか。
- 指数の分散に統計的な処理を行うことは、各医療機関の特性により均一な分散とならない指数では、必ずしも適切な評価につながらない可能性があることから、分散に対する統計学的な処理を行わないこととしてはどうか。

## 地域医療係数（その2）

### 1. 前回の指摘事項

- これまでの検討において、以下のような指摘があった
  - ・ 現行の評価手法では、精神科診療など地域にとって必要な項目についての体制を整えない、などが可能となってしまうのではないか。
  - ・ 疾病領域によっては重複する項目もあるため整理が必要ではないか。
  - ・ 医療機関の体制を評価するに当たっては、他の医療機関と連携して診療体制がとれていれば評価されてもよいのではないか。
  - ・ 医療機関間の連携を定量的に評価することは困難であり、医療機関別係数の評価にはなじまないのではないか。

### 2. 評価の考え方

#### (1) 現状

- 地域医療指数の体制評価指数については、地域医療計画の5疾病・5事業等の診療内容に関連する12項目について1項目につき最大1ポイントとして評価している。（参考 P11,12）
- がん、脳卒中、災害についてはそれぞれ2項目が評価項目として設定されている一方で、救急医療、へき地、周産期、急性心筋梗塞、精神科疾患についてはそれぞれ1項目のみとなっており、相対的に低い評価となっている。なお、精神科診療については、保険診療係数での評価との整理が必要とされている。

#### (2) 対応方針（案）

- 現状の体制評価指数の評価項目については、各領域の評価項目間での整合性という観点から、領域毎に1項目として整理した上で、各指数の実績等からみて、特に評価が必要と考えられるものについては2ポイントとする等重み付けの考え方については、評価項目を整理した上で検討してはどうか。

### 3. 各論

#### (1) がん

##### ① 現在の評価項目

- ・ がんについては、「がん地域連携」と「がん拠点病院」の2つの評価項目がある。（参考 P11,12）
- ・ 「がん地域連携」は、B005-6 がん治療連携計画策定料等の算定実績を、「がん拠点病院」についてはがん拠点病院である体制評価を行っている。（参考 P13,14,15）
- ・ 「がん地域連携」については、I群、II群においては、がん治療連携計画を策定した実績（B005-6 がん治療連携計画策定料の算定）に応じて0～1ポイントで評価しているが、III群においては、がん治療の連携計画を策定して治療を

行った場合に算定する診療報酬「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」の施設基準の取得の有無のみで評価している。B005-6-2については、他院で策定した治療連携計画に基づきがん患者を診療する場合も算定できる診療報酬であり、急性期の入院医療を担う医療機関の評価としては適切ではない可能性がある。

- ・ 医療計画の「医療体制構築に係る現状把握のための指標例」において、がんに関する指標としては、プロセス指標として診療ガイドラインに基づく治療実施割合や地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数等、アウトカム指標としてがん患者の年齢調整死亡率、拠点病院で治療を受けたがん患者の5年生存率等が提示されている。なお、各がん種毎にがん診療連携拠点病院等で治療を受けた患者の5年生存率は国立がん研究センターが公表している。

## ② 評価の考え方

- ・ がん診療においては、例えば、早期発見や予防、適切な医療提供によりがん患者の5年生存率を高めることがアウトカム指標として重要となる。
- ・ しかし、がんは臓器毎の種別が多岐にわたること、ステージ分類などを踏まえたリスク調整が困難なこと等、直近のDPCデータを係数評価に用いることは課題が多い。
- ・ 「医療体制構築に係る現状把握のための指標例」によると、プロセス指標としては、診療ガイドラインに基づく治療実施割合や地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数等、ストラクチャー指標としてはがん診療連携拠点病院数が地域における指標として考えられる。このうち、地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定やがん診療連携拠点病院については既に評価されている。

## ③ 対応方針（案）

- ・ 「がん地域連携」と「がん拠点病院」の2つの評価項目については、併せて、がんに係る1つの評価項目としてはどうか。ただし、B005-6-2は、急性期のがん診療を担う医療機関への評価として適切ではない可能性があることから、表か項目から削除してはどうか。
- ・ 将来的には、診療ガイドラインに基づく治療実施割合等を評価することも、検討してはどうか。

## (2) 脳卒中

### ① 現在の評価項目

- ・ 脳卒中については、「脳卒中地域連携」として、地域連携診療計画加算の算定、及び「24時間t-PA体制」として、「A205-2 超急性期脳卒中加算」の算定の有無の2つの項目で評価されている。（参考 P11,12）
- ・ 「脳卒中地域連携」は、A246 地域連携診療計画加算（退院支援加算注4）

等の算定実績を、「24 時間 t-PA 体制」については A205-2 超急性期脳卒中加算を算定している医療機関を評価している。(参考 P16,17)

- ・ 「脳卒中地域連携」については、Ⅰ群、Ⅱ群においては、脳卒中にかかる地域連携診療計画を策定した実績等（A246 地域連携診療計画加算（退院支援加算注 4）の算定）に応じて 0～1 ポイントで評価しているが、Ⅲ群においては、「A246 地域連携診療計画加算（退院支援加算注 4）」又は「B009 地域連携診療計画加算（診療情報提供料(Ⅰ)注 14）」の施設基準の取得の有無のみで評価している。B009(注 14)については、他院で策定した治療連携計画に基づき脳卒中患者を診ている場合も算定できる診療報酬であり、急性期の入院医療を担う医療機関の評価としては適切ではない可能性がある。
- ・ t-PA 療法については、A205-2 での施設基準は満たすことができないものの、t-PA 療法を実施できている医療機関が存在するとの指摘がある。

## ② 診療体制の評価に係る検討

- ・ 平成 29 年 7 月に脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会によるとりまとめ（「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」）において、急性期の脳卒中の診療提供体制についてとりまとめられている。
- ・ 脳卒中の急性期診療を地域において 24 時間体制で提供できる体制を確保するに当たっては、急性期の専門的医療を行う施設が担うべき医療機能を、地域のネットワークを構築している医療施設において分担する必要がある。このため、各医療施設が提供する医療機能をもとに、急性期の専門的医療を行う施設を、「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」に大別することが考えられた。(参考 P18,19)
- ・ 「専門的医療を包括的に行う施設」は、t-PA 療法に加え、血管内治療や外科的治療等を含めた、脳卒中の急性期診療を包括的に提供する体制を、おおむね 24 時間維持できる施設が想定され、「専門的医療を行う施設」は、t-PA 療法等の、脳卒中急性期患者に対する一般的な診療を提供する施設が想定された。
- ・ 以上を踏まえると、DPC 制度において評価可能な医療機関毎の機能として、「専門的医療を包括的に行う施設」、「専門的医療を行う施設」を段階的に評価することが考えられる。また、A205-2 で評価されるような専門的医療を行う施設以外でも、t-PA 療法を実施している医療機関については何らかの評価を行うことが適切と考えられる。

## ③ 対応方針（案）

- ・ 「脳卒中地域連携」と「24 時間 tPA 体制」の 2 つの項目については、医療機関群毎に、t-PA 療法(A205-2 の算定)、血管内治療等の専門的医療の実施やその他で t-PA 療法の実施の有無について実績を踏まえながら、1 つの評価項目としてはどうか。その際、地域のネットワークに参加する「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」とで、段階的な評価となるようにし

てはどうか。

### (3) 心筋梗塞等の心血管疾患

#### ① 現在の評価項目

- ・ 「急性心筋梗塞の 24 時間診療体制」の評価項目では、急性心筋梗塞の入院症例について、入院 2 日目までに経皮的冠動脈形成術等を算定されている症例の診療実績により評価を行っている。(参考 P12,P20)

#### ② 診療体制の評価に係る検討

##### (ア) 基本的な考え方

- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患についても、上述の検討会において急性期の診療体制についてとりまとめられている。
- ・ 急性期心血管疾患は、疾患により主に必要とされる治療内容が異なるため、対応疾患に応じた急性期診療を 24 時間体制で提供できる施設間ネットワークを検討する必要がある。対応疾患に応じた急性期診療を 24 時間提供できる体制を確保するに当たっては、急性期心血管疾患の専門的医療を行う施設が担うべき医療機能を、地域のネットワークを構成している医療施設において分担する必要がある。そのため、各医療施設が提供する医療機能をもとに、急性期の専門的医療を行う施設を「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」に大別することが考えられた。(参考 P21,P22)
- ・ 「専門的医療を包括的に行う施設」は、内科的治療、PCI 等に加えて、外科的治療等も行う施設が想定され、「専門的医療を行う施設」は、内科的治療や PCI 等の急性期心血管疾患に対する一般的な診療を行う施設が想定された。
- ・ 以上を踏まえると、DPC 制度において評価可能な医療機関毎の機能として、「専門的医療を包括的に行う施設」、「専門的医療を行う施設」を段階的に評価することが考えられる。

##### (イ) 各疾患について

- ・ 急性心筋梗塞は、外科的治療が必要な場合に備えて、専門的医療を包括的に行う施設との連携体制を整備した上で、PCI が可能な専門的医療を行う施設が中心となり対応する必要があると考えられた。
- ・ 急性大動脈解離は、外科的治療が可能な専門的医療を包括的に行う施設が中心となり対応する必要がある。また、このような外科的治療も可能な施設は、地域によっては限られているため、外科的治療が不要で内科的治療が中心となる患者を、状態に応じて速やかに別の施設に移すなどの連携体制の構築も重要である。
- ・ また、提供する急性期治療について、安全性等の質が確保されていることも必要であり、心臓血管外科手術症例の死亡率に影響する要因の一つとして、施設における心臓血管外科手術件数が指摘されており、質の確保の観点からは、まずは外科的治療については、集約化の検討が必要であると考えられた。(参

考 P23)

- ・ 以上を踏まえると、DPC 制度において評価可能な医療機関毎の機能として、「専門的医療を包括的に行う施設」、「専門的医療を行う施設」を段階的に評価することが考えられる。特に心臓血管外科手術件数については一定の症例数の集積が評価の対象となると考えられる。

③ 対応方針（案）

- ・ 「急性心筋梗塞の 24 時間診療体制」の評価項目については、対象疾患を心筋梗塞等の心血管疾患とし、医療機関群毎に現在の心筋梗塞の PCI や外科治療の実績に加えて、急性大動脈解離については、一定数以上の手術実績を評価項目としてはどうか。その際、地域のネットワークに参加する「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」とで、段階的な評価となるようにしてはどうか。

(4) 精神疾患

① これまでの議論

- ・ 精神科診療については、I 群では精神科の診療実態がない場合は特に低い評価としてはどうか、地域によって精神病床を持つことが難しい場合もあるとの指摘などがあった。
- ・ 機能評価係数 II において、精神科診療については地域医療係数及び I 群・II 群については保険診療係数で評価項目が設定されているが、評価の実績等でみると、評価が重複していること等から地域医療係数での評価に一本化することが考えられた。

② 現在の評価項目

- ・ 「精神科身体合併症の受入体制」の評価項目において、「A230-3 精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価している。A230-3 は、精神病床に入院している身体合併症を併発した精神疾患患者に対する他科との連携した診療を評価しており、A311-3 については、措置入院・緊急措置入院・応急入院患者等に対し、急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者への診療を評価している。A311-3 はより重篤な状態の患者への診療を評価しているものである。(参考 P24,25)

③ 対応方針（案）

- ・ 精神科診療については、引き続き A230-3 及び A311-3 を用いて評価することとし、より重篤な診療実態のある A311-3 をより高く評価することとしてはどうか。

(5) 災害時における医療

① 現行の評価項目

- ・ 「災害時における医療」と「EMIS（広域災害・救急医療情報システム）」の2つの評価項目については、災害拠点病院とDMATの指定の有無を評価するとともに、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いる。（参考 P12）
  - ・ EMISについては、ほとんどの医療機関が参加している。（参考 P26,27）
  - ・ 新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関の指定については、その進捗状況を勘案して導入を検討するとしていた。
- ② 診療体制の評価に係る検討
- ・ 平成29年3月に行われた災害拠点病院指定要件の見直しにおいて、以下の要件が追加された。
    - － 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画(BCP)の整備を行っていること。
    - － 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること。
    - － 地域の第二次救急医療機関及び地域医師会、日本赤十字社等の医療関係団体とともに定期的な訓練を実施すること。また、災害時に地域の医療機関への支援を行うための体制を整えていること。
  - ・ EMISへの評価については、ほとんどの医療機関が参加している。EMISやDMATの指定は災害時の対応に係るものであり、実績の評価は困難であるが、平時からこうした事業への参加を評価することは必要と考えられる。
  - ・ 新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関の指定については、現在も一部について医療機関単位での指定が行われていない。
- ③ 対応方針（案）
- ・ 「災害時における医療」、「EMIS」の2項目については、いずれも災害医療体制に係る評価であり、他の疾患領域・事業と同様に1つの評価項目としてはどうか。
  - ・ また、災害拠点病院については、これまでの評価に加え、BCPの策定の有無に応じた評価を行うこととしてはどうか。また、DMATの指定、EMISへの評価は引き続き同様に評価してはどうか。
  - ・ 新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関の指定については、現在でも医療機関単位での評価が行われていないため見送ることとし、今後の進捗状況を踏まえて導入を検討してはどうか。

## 保険診療係数（その3）

### 1. 適切なデータの作成

#### (1) これまでの議論

- 未コード化傷病名や部位不明・詳細不明のコードについて、評価の実態を踏まえ基準を見直すことは必要であるとの指摘があった。
- 未コード化傷病名は、診療領域によっては標準病名マスタの整備が不十分な可能性もあるため、基準値を設定するためには、実態を把握すべきと考えられた。

#### (2) 検討

- 1か月分の様式1にコードされた病名について、未コード化傷病名としてコーディングされた病名のうち、標準病名マスタに整備されていない可能性がある病名を分析した。
- 未コード化傷病名は、13,845件であり、全病名991,904件の1.40%であった。
- このうち、標準病名マスタに病名が存在するもの（コードが存在するにもかかわらず、未コード化傷病名としているもの）を機械的に除き、マスタ上で存在しない病名を抽出したところ、残った病名は517種、714件であった。件数の全体に占める割合は全体の0.07%であり、医療機関毎に見るとほとんどが0.1%未満であり、2%を超える医療機関は6であった（参考資料P29、D-1別添）。
- 標準病名マスタに類似する病名があり、実際にはコーディング可能なものが多く見られた。また、MDC毎の違い等の傾向は特段認められなかった。
- また、医療機関毎にマスタ上にも存在しない未コード化傷病名の割合を見ると、最大は4.2%で2%を超える医療機関は6であった。
- 以上から、診療領域で未コード化傷病名の傾向が異なるとは想定されず、医療機関ごとの患者の疾病構成の違いにより、未コード化傷病名の割合が異なることや、標準病名マスタが整備されていないために、未コード化傷病名の割合が高くなるものではないと考えられた。

#### (3) 対応方針（案）

- 未コード化傷病名の割合については、基準を2%としてはどうか。

### 2. 病院情報の公表

#### (1) これまでの議論

- 公表に当たっては、諸外国のように病院間の比較が出来るようにする必要があるのではないかと指摘があった。
- 薬剤耐性は国際的な問題であり、評価として検討すべきではないかという指摘があった。

#### (2) 公表に係る基本的な考え方

### ① 公表項目

- ・ DPC 対象病院が測定、公表することにより医療全体の医療の質が向上する指標の公表を検討すべきと考えられる。
- ・ ただし、例えば、インシデントアクシデントレポートのレポート数のように、公表することにより、医療過誤の多い医療機関と誤解される、等の弊害が懸念されるような公表項目については慎重に検討する必要がある。

### ② 公表方法

- ・ 公表の方法としては、患者や住民に対する医療機関の診療内容の透明化のために個々の医療機関毎に公表する方法のほか、後述する薬剤耐性などのように、地域での連携が必要とされる課題については、地域毎に診療状況を公表する方法等も考えられる。
- ・ 医療機関の取組有無に関わらず公表することにより医療の質の向上に資する項目については、年に一度、公開データとして公表することも考えられる。

## (3) 薬剤耐性対策について

- 薬剤耐性対策については、薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン（平成 28 年 4 月 5 日 国際的に脅威となる感染症対策閣僚会議）において、「我が国において、一部の医療機関において、特定の抗菌薬について許可制や届出制を導入するなどの適正使用の取組が行われているが、抗微生物薬適正使用(AMS)を推進するための対策を一体的に進める包括的な推進体制は整っていない。」とされており、「医療機関における抗微生物薬適正使用（AMS）推進のための抗微生物薬適正使用チーム(AST)の運用、抗微生物薬適正使用（AMS）の質の評価等の実施を通じて、外来患者、入院患者等に対する抗微生物薬適正使用（AMS）及び感染症診療の適正化を推進する。」こととしている（参考 P30,31）。

## (4) 対応方針（案）

- 引き続き、具体的な項目について検討するとともに、項目毎に公開データとして公表する、病院の取組に応じて公表する等の公表方法を整理してはどうか。
- 具体的には、例えば、薬剤耐性対策の評価に資する指標として、特定の抗菌薬の使用実態等（参考 P32）の項目の追加を検討してはどうか。

## 3. I・II群の体制

### (1) これまでの議論

- 指導医療官に係る評価項目については、派遣実績が少なく、その効果も十分に認められないため、廃止も含めて項目の見直しを検討することとして検討が進んでいる。
- 一方、指導医療官に係る評価の考え方を踏まえれば、保険診療への貢献を評価することは適切な保険診療の普及のためには必要であるとの指摘もあり、特に I 群については、医療を支える人材の教育研修機能を備えた医療機関であることから、適

切な保険診療への貢献に係る何らかの評価について、引き続き検討することが適切ではないかと考えられる。

(2) 対応方針（案）

- 適切な保険診療への貢献に係る評価については、例えば、効果的に保険診療への取組を促すような研修への参加を評価する等、I群において引き続き何らかの評価が継続できないか検討してはどうか。

4. その他（名称について）

- 機能評価係数Ⅱの項目は、各項目の評価内容を適切には反映した分かりやすい名称とすることが適当である。
- 現行の「保険診療係数」については、当初設定したデータ提出係数（平成22年度）以降、評価項目の見直しを行ってきているが、他の係数との比較で言えば、基本的な視点としては、診療内容の“質的な向上に資する取り組み”を評価する、という性質があるものと考えられる。
- 以上を踏まえ、本係数の名称のあり方についても、引き続き検討してはどうか。