

機能評価係数Ⅱ

【図8】 平成24年改定における調整係数見直しに係る基本方針(抜粋)

平成23年9月7日
中医協総会 総-3-1

(3) 機能評価係数Ⅱ

① 基本的考え方

- ・ DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブを評価
- ・ 具体的には、機能評価係数Ⅱが評価する医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブとして次のような項目を考慮する。なお、係数は当該医療機関に入院する全DPC対象患者が負担することが妥当なものとする。

1) 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

<主な視点>

- 医療の透明化(透明化)
- 医療の質的向上(質的向上)
- 医療の効率化(効率化)
- 医療の標準化(標準化)

2) 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現 (地域における医療資源配分の最適化)

<主な視点>

- 高度・先進的な医療の提供機能(高度・先進性)
- 総合的な医療の提供機能(総合性)
- 重症者への対応機能(重症者対応)
- 地域で広範・継続的に求められている機能(4疾病等)
- 地域の医療確保に必要な機能(5事業等)

② 具体的方法

- ・ 中医協の決定に基づき一定の財源を各係数毎に按分し、各医療機関の診療実績等に応じた各医療機へ配分額を算出する。最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算する。
- ・ 原則としてプラスの係数とする。
- ・ DPCデータを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かして、段階的な評価のみではなく、連続的な評価も考慮する。
- ・ 評価に当たっては、診療内容への影響を考慮しつつ、必要に応じて係数には上限値・下限値を設ける。

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方

※ 平成20年12月17日 中医協・基本問題小委員会において承認

1. DPC対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
2. DPC導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点（医療全体の質の向上）が期待できる係数を検討するべきではないか。
3. DPC対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
4. 地域医療への貢献という視点も検討する必要性があるのではないか。
5. DPCデータを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。
その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
6. DPC対象病院であれば、すでに急性期としてふさわしい一定の基準を満たしていることから、プラスの係数を原則としてはどうか。
7. その他の機能評価係数として評価することが妥当なものがあれば検討してはどうか。

<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容(平成29年度)>

診調組 D-1 参考3
2 9 . 5 . 2 4

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)
1) 保険診療指数	DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取組・公表を評価。また、医療機関群(Ⅰ群・Ⅱ群)における総合的な機能を評価。	原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。 ① 適切なDPCデータの提出(「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価) 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。 ② 適切なDPCデータの提出(様式間の記載矛盾による評価) 当該医療機関において、以下のいずれかに該当するDPCデータの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。 - i 様式1の親様式・子様式 : データ属性等(郵便番号、性別、生年月日等)の矛盾 - ii 様式1とEFファイル : 様式1上の入院日数とEFファイルに出現する入院料の回数の矛盾 - iii 様式4とEFファイル : 様式4の医科保険情報とEFファイルに出現する先進医療等の矛盾 - iv DファイルとEFファイル : 記入されている入院料等の矛盾 ③ 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 当該医療機関における入院医療分のレセプトに記載されている傷病名数のうち、未コード化傷病名である傷病名の割合が「20%以上」の場合、当該評価を0.05点減算する。 ④ 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価(Ⅰ群のみ) Ⅰ群病院(大学病院本院)において、規定の手順により指導医療官を一定期間派遣した場合、当該評価を0.05点加算する。 ⑤ それぞれの医療機関群における総合的な機能を評価 本院よりも機能が高分院(DPC対象病院)を持つ大学病院本院(Ⅱ群病院の選定にかかる各実績要件の9項目のうち、5項目以上において、分院が本院上回っている場合)、Ⅱ群の実績要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院、精神病床を備えていない又は医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びⅡ群病院において、それぞれ該当した場合に0.05点減算する。 ⑥ 病院情報の公表への取組の評価 自院のホームページ上でデータの集計値を公表した場合に0.05点加算する。
2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	[全DPC/PDPS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/PDPS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、12症例(1症例/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。

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）															
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/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	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕／〔全DPC数〕 ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/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）の支払い分類を計算対象とする。															
5) 救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・「A205救急医療管理加算」・「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」 ・「A300救命救急入院料」 ・「A301-4小児特定集中治療室管理料」 ・「A301特定集中治療室管理料」 ・「A302新生児特定集中治療室管理料」 ・「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」 ・「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】 「救急医療入院」の患者															
6) 地域医療指数	地域医療への貢献を評価 （中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価）	以下の指数で構成する。 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数（内訳）</th><th>評価に占めるシェア</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">① 体制評価指数</td><td>計12項目（各1ポイント）</td><td></td></tr> <tr> <td>I・II群は評価上限10ポイント</td><td>1/2</td></tr> <tr> <td>III群は評価上限8ポイント</td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="2">② 定量評価指数</td><td>1) 小児（15歳未満）</td><td>1/4</td></tr> <tr> <td>1) 上記以外（15歳以上）</td><td>1/4</td></tr> </tbody> </table>	地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア	① 体制評価指数	計12項目（各1ポイント）		I・II群は評価上限10ポイント	1/2	III群は評価上限8ポイント		② 定量評価指数	1) 小児（15歳未満）	1/4	1) 上記以外（15歳以上）	1/4
地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア															
① 体制評価指数	計12項目（各1ポイント）																
	I・II群は評価上限10ポイント	1/2															
	III群は評価上限8ポイント																
② 定量評価指数	1) 小児（15歳未満）	1/4															
	1) 上記以外（15歳以上）	1/4															

<項目>	評価の考え方	評価指標(指数)
6) 地域医療指数	地域医療への貢献を評価 (中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価)	(続き) ① 体制評価指数(評価に占めるシェアは1/2) 地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価(計12項目、詳細は次ページの別表3参照)。 一部の項目において実績評価を加味する。 また、評価上限値をⅠ・Ⅱ群は10ポイント、Ⅲ群は8ポイントとする。 ② 定量評価指数(評価に占めるシェアは1)2)それぞれ1/4ずつ) 〔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1) 小児(15歳未満)と2) それ以外(15歳以上)に分けてそれぞれ評価。 【評価対象地域の考え方】 DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群については、診療圏の広域性を踏まえ、3次医療圏とし、DPC病院Ⅲ群については2次医療圏とする。 【集計対象とする患者数の考え方】 DPC対象病院に入院した患者とする。
7) 後発医薬品指数	各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価	当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア (＝〔後発医薬品の数量〕／〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品の数量〕)により評価。 ※数量とは薬価基準告示上の規格単位ごとに、厚生労働省が公表するマスターを元に数えた数量をいう。 ※数量ベースで70%を評価上限とする。
8) 重症度指数	診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価	当該医療機関における〔包括範囲出来高点数〕／〔診断群分類点数表に基づく包括点数〕を評価する。 (ただし救急医療指数で既に評価されている救急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外する。)

機能評価係数Ⅱの見直し（２）

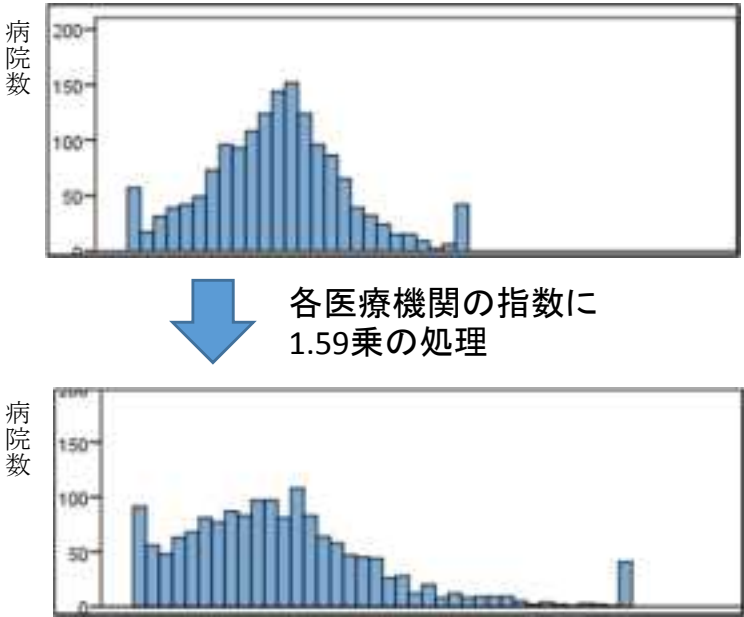
機能評価係数Ⅱの重み付け

➤ 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分（重み付け）は等分とする。ただし、各係数の重み付けに関しては標準化を行う。

具体的な設定	指数		係数 最小値	評価の考え方	標準化 (※4)
	上限値	下限値			
保険診療	(固定の係数値のため設定なし。)			群ごとに評価	×
効率性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	全群共通で評価	○
複雑性	97.5%tile値	2.5%tile値	0	群ごとに評価	○
カバー率	1.0	0(※1)	0	群ごとに評価	×
救急医療	97.5%tile値	0(※2)	0	全群共通で評価	×
地域医療(定量) (体制)	1.0	0	0	群ごとに評価	×
	1.0	0	0		
後発医薬品	97.5%tile 値 (※3)	2.5%tile値	0	全群共通で評価	○
重症度	90%tile値	10%tile値	0	群ごとに評価	×

※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では下限値・最小値を30%tile値とする
※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する ※3上限値は70%とする。
※4 分散が均等となるように標準化を行う(標準化対象の分散の平均値へ標準化)。

標準化のイメージ

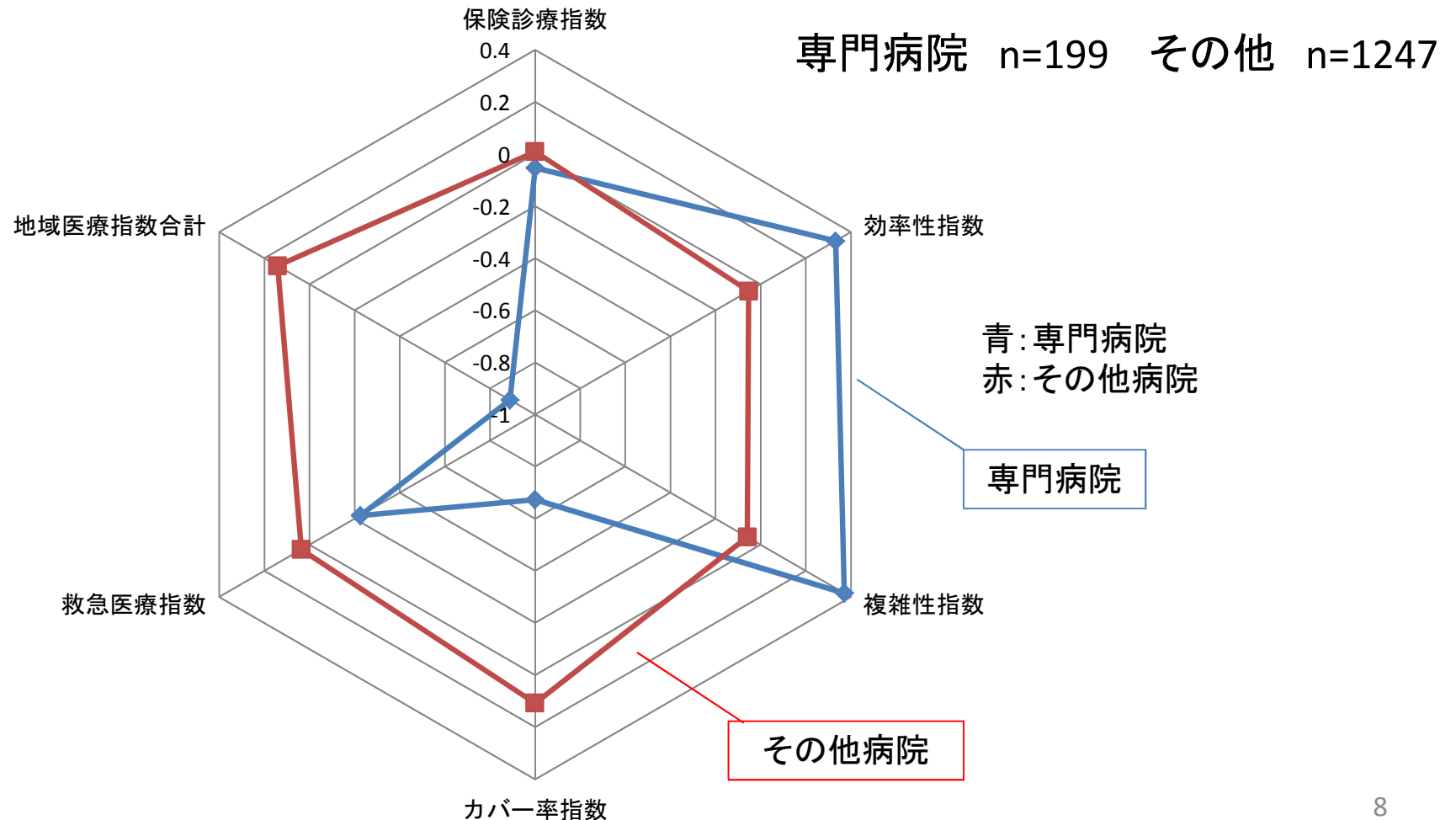


対象の係数の分散が一定になるように標準化を行う。

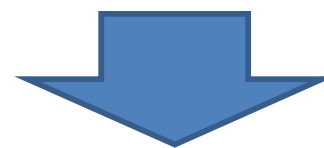
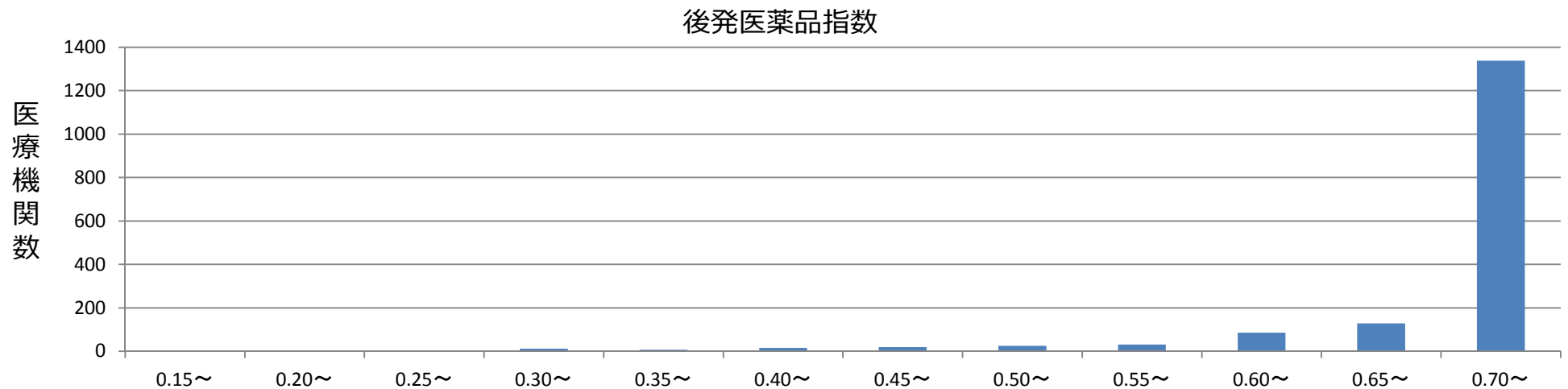
専門病院とその他Ⅲ群病院の指数(平均)

診調組 D-1別紙
29.3.31

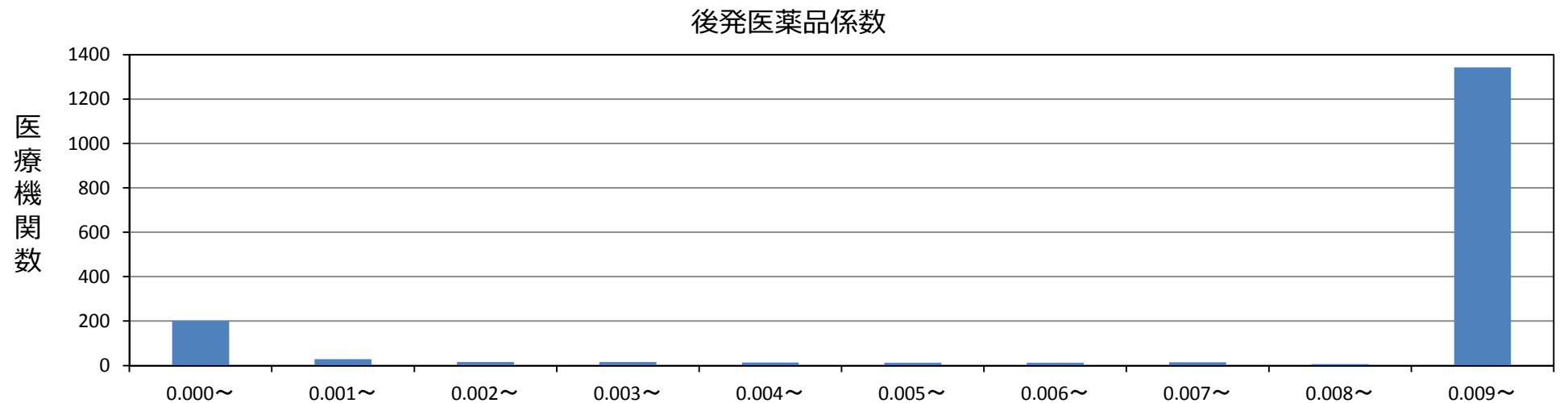
- Ⅲ群の病院について専門病院とその他グループに分け、機能評価係数Ⅱの各指数の平均値を0に設定し、標準化したレーダーチャート
- 専門病院：平成27年特別調査「持参薬に関する現況調査」において、自院を専門病院と回答した病院
- 専門病院は、複雑性指数、効率性指数が高く、地域医療指数が低くなる傾向



機能評価係数Ⅱの分散の均一化の例



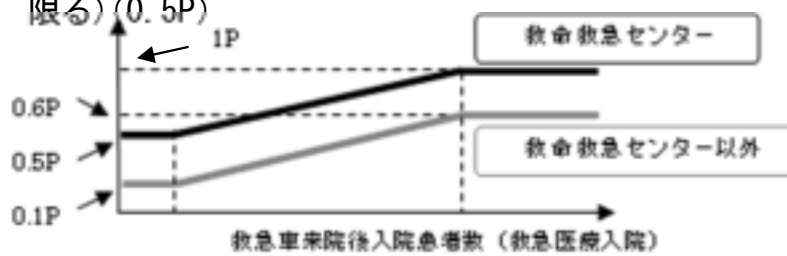
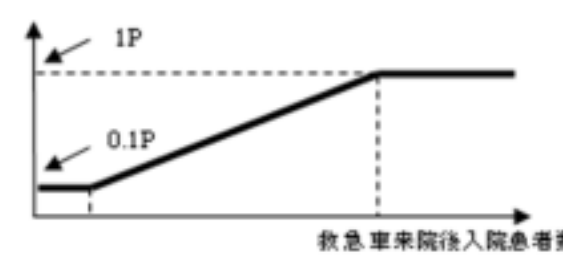
指数を10.4乗して係数化



地域医療係数

<地域医療指数・体制評価指数(平成29年度)>

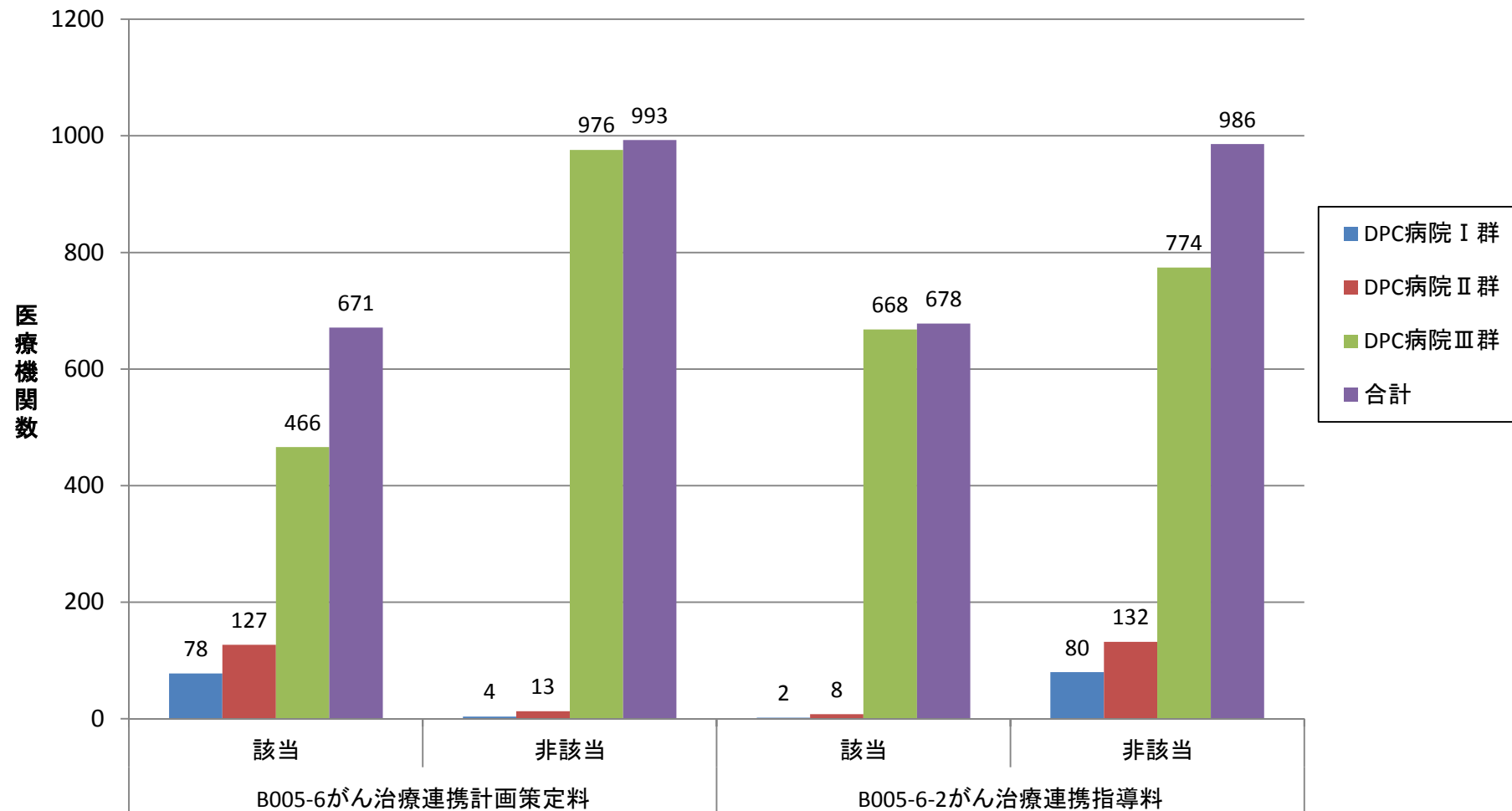
診調組 D-1 参考3
 2 9 . 5 . 2 4

評価項目(各1P)	DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群	DPC病院Ⅲ群
①脳卒中地域連携(H27) (DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味)	脳卒中を対象とした場合に限り評価。当該医療機関を退院した患者について、「B005-2地域連携診療計画管理料」を算定した患者数／「医療資源病名が脳卒中に関連する病名(例:脳梗塞等)である患者数」で評価(実績に応じて0～1P)	脳卒中を対象とする。 「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」のいずれかの施設基準を取得していることを評価(1P)
①脳卒中地域連携(H28) (DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味)	脳卒中を対象とした場合に限り評価。当該医療機関を退院した患者について、「A246 地域連携診療計画加算(退院支援加算注4)を算定した患者数」／「医療資源病名が脳卒中に関連する病名(例:脳梗塞等)である患者数」で評価(実績に応じて0～1P)	
②がん地域連携 (DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味)	当該医療機関を退院した患者について、「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数／「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)である患者数」で評価(実績に応じて0～1P)	「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」のいずれかの施設基準を取得していることを評価(1P)
③救急医療 (実績評価を加味)	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価(0.5P)、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価(0.1P)。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数(救急医療入院に限る)(0.5P) 	救急車で来院し、入院となった患者数(0.9P) 

評価項目(各1P)	DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群	DPC病院Ⅲ群
④災害時における医療	「災害拠点病院」と「DMATの指定」をそれぞれ評価(0.5Pずつ)	「災害拠点病院」又は「DMATの指定」の有無を評価(いずれかで1P)
⑤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(いずれかで1P)	
⑥周産期医療	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価(1P) ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価(いずれかで1P)
⑦がん拠点病院	・「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定を重点的に評価(1P) ・「地域がん診療連携拠点病院の指定」(0.5P) ・「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」としての指定は評価対象外(0P))	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」及び「特定領域がん診療連携拠点病院」の指定を受けていることを評価(いずれかで1P)
⑧24時間tPA体制	「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(1P)	
⑨EMIS(広域災害・救急医療情報システム)	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(1P)	
⑩急性心筋梗塞の24時間診療体制	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算(特例を含む)・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等(K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2)のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(実績に応じて0～1P)	
⑪精神科身体合併症の受入体制	「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(1P)	
⑫高度・先進的な医療の提供	各項目の実施症例数を評価(平成29年度より評価)。 ・ 10例以上の医師主導治験の実施、10例以上の先進医療の実施、及び1例以上の患者申出療養に係る意見書の作成(1P) ・ 20例以上の治験(※)の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.25P) (※)協力施設としての治験の実施を含む。	

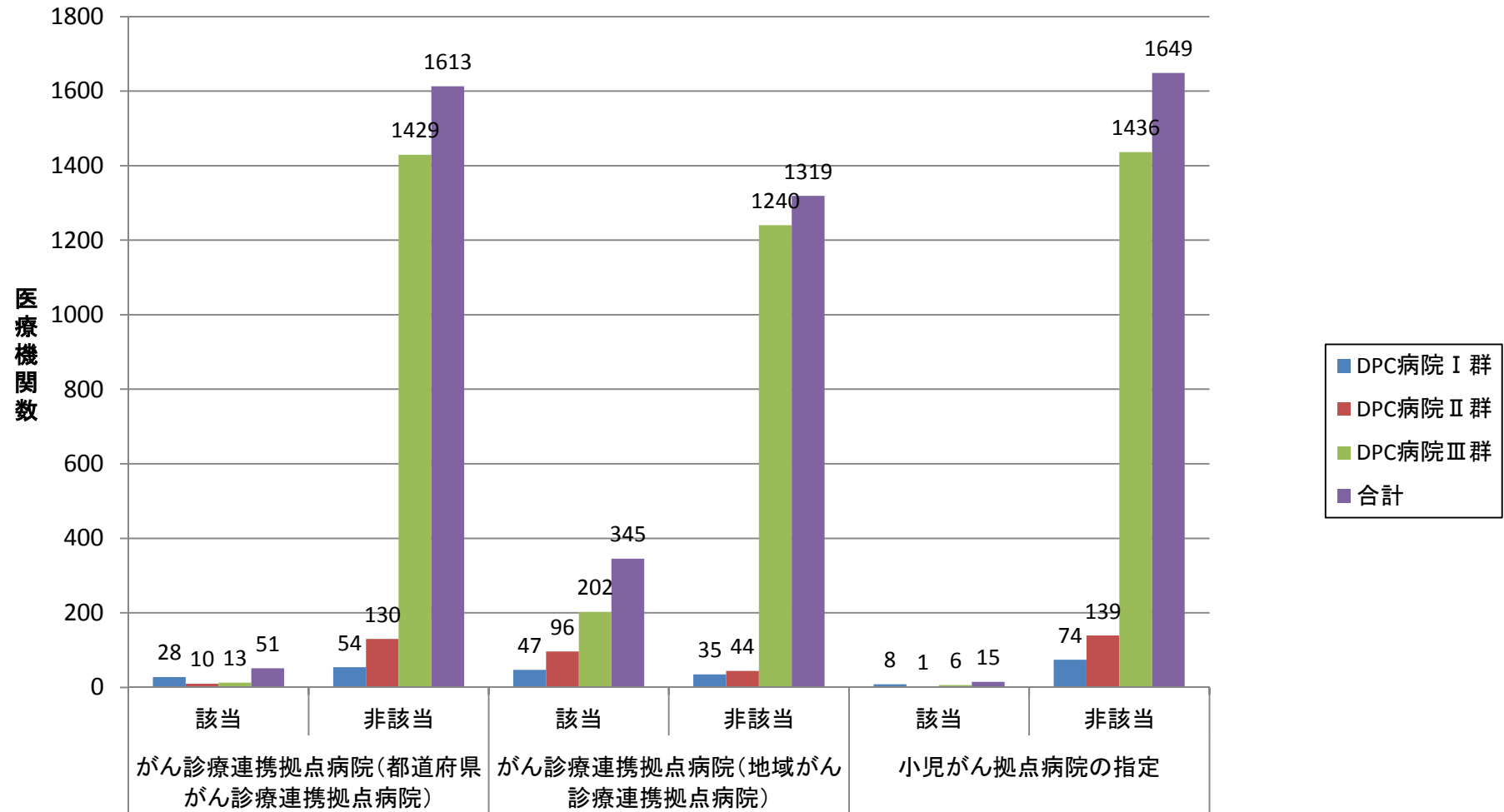
がん(平成29年係数設定時)

がん地域連携



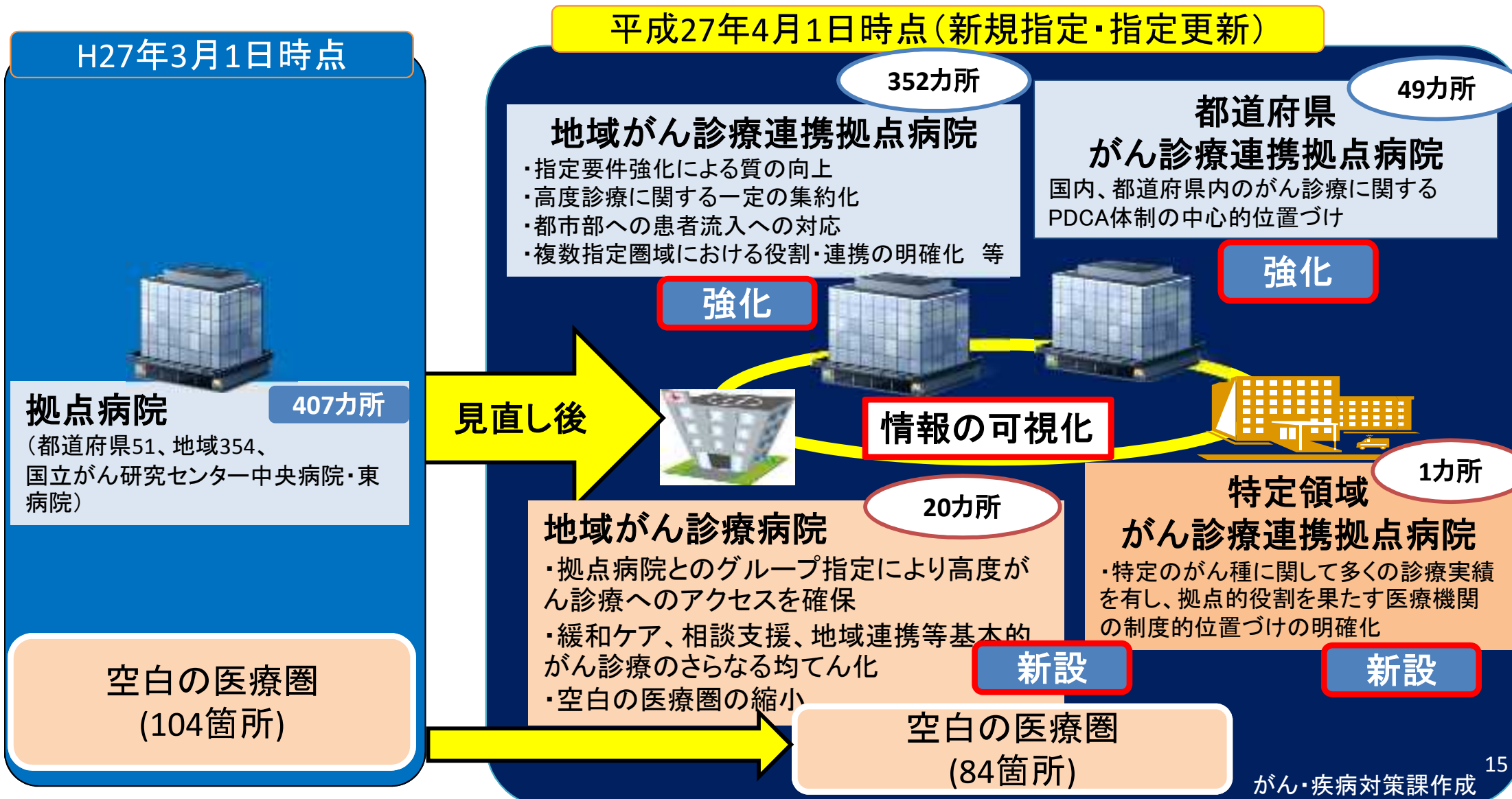
がん(平成29年係数設定時)

がん診療連携拠点病院



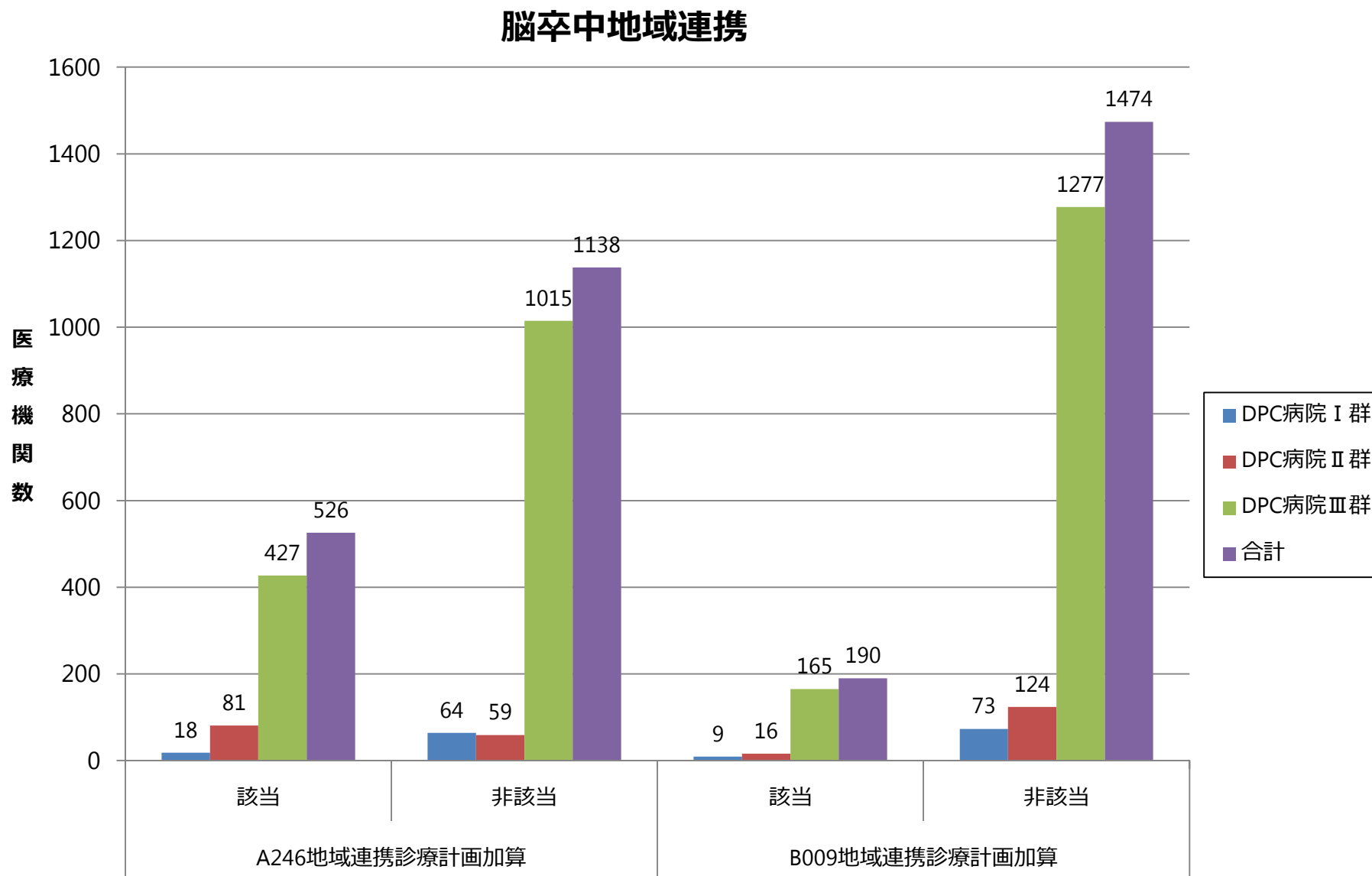
新たながん診療提供体制の概要

- 104の医療圏で拠点病院が整備されていないこと、拠点病院間で診療実績の格差があることなどの課題に対応するため、また、ライフステージ毎の問題にも対応するために小児がん拠点病院、地域がん診療病院等を設置した。



脳卒中（平成29年係数設定時）

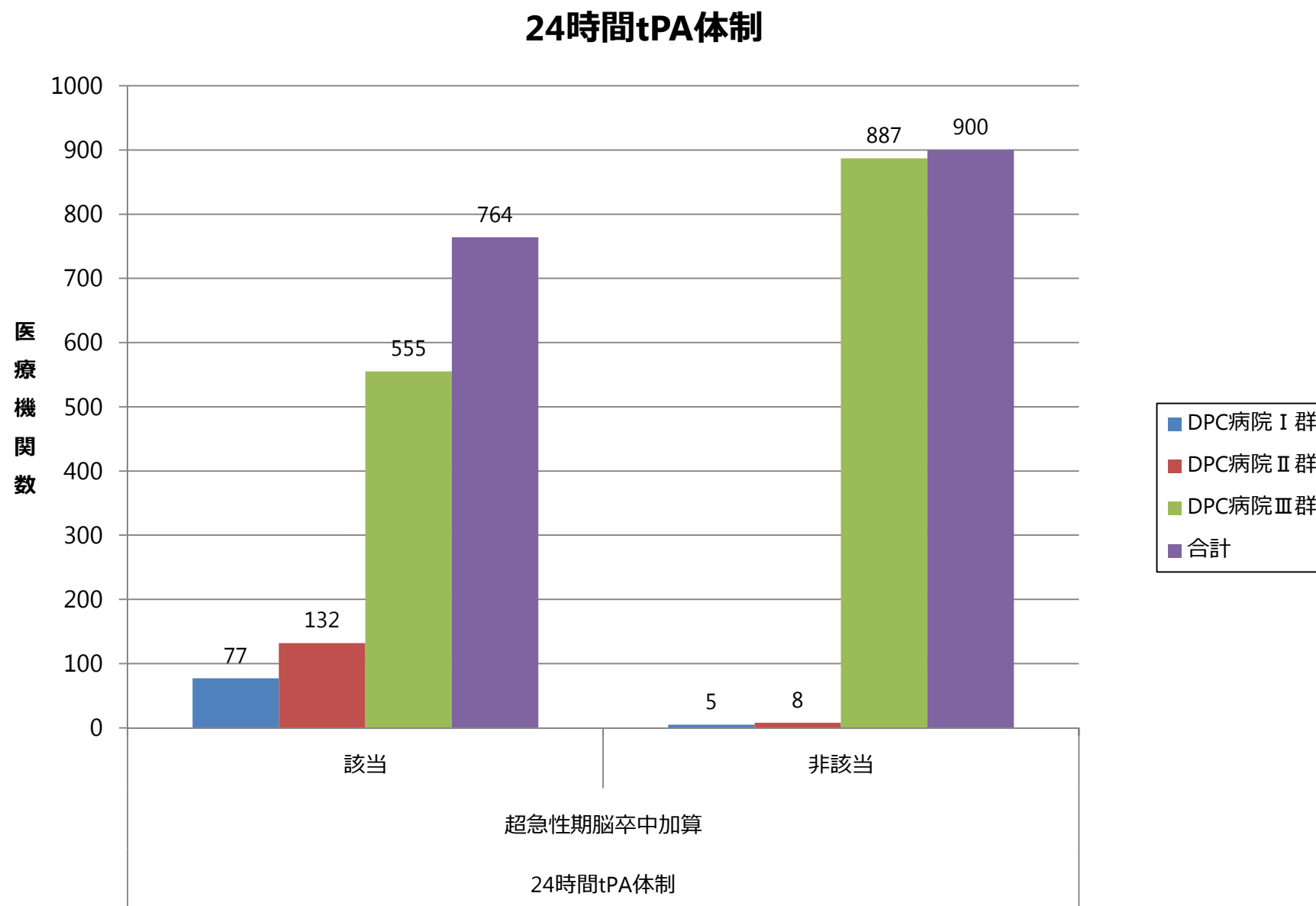
診調組 D - 2 参考1
29. 8. 4（改）



脳卒中（平成29年係数設定時）

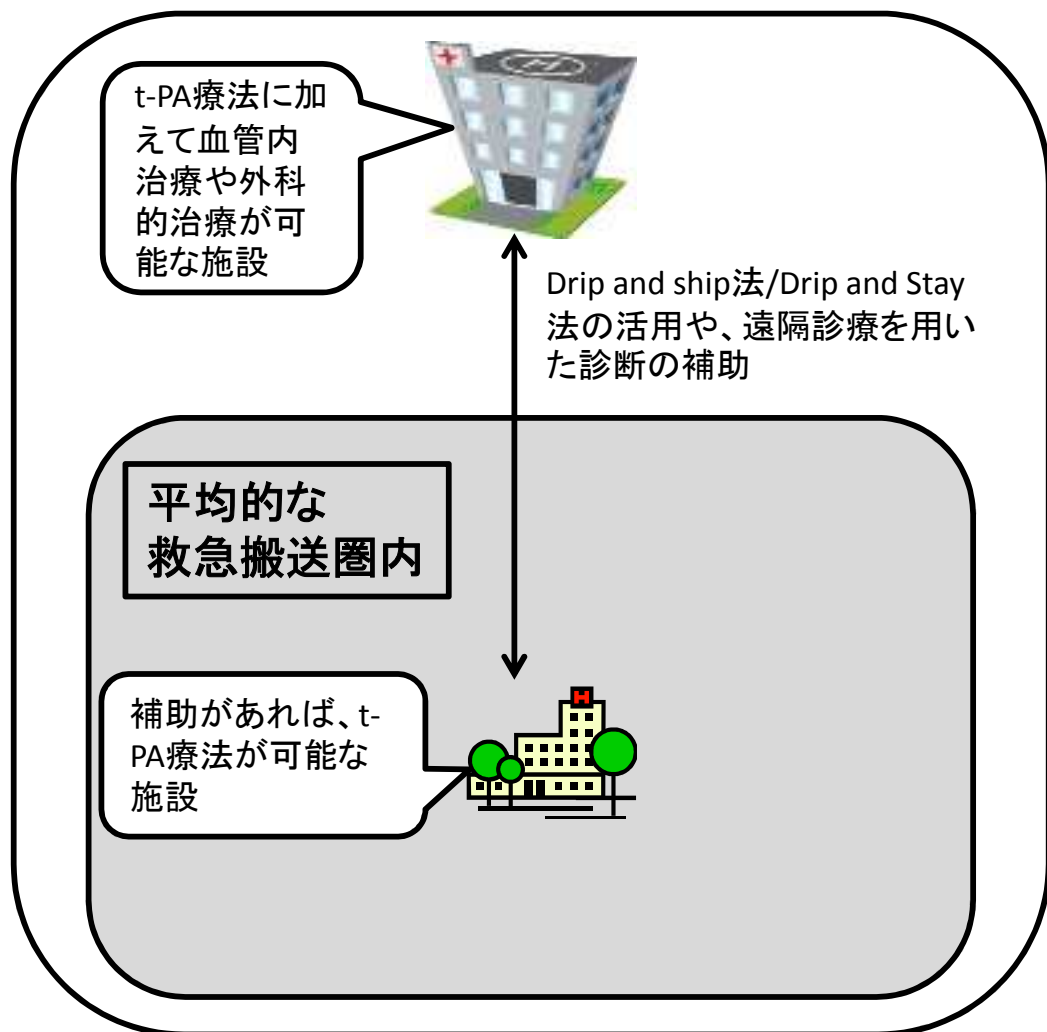
診調組 D - 2 参考1

29.8.4（改）

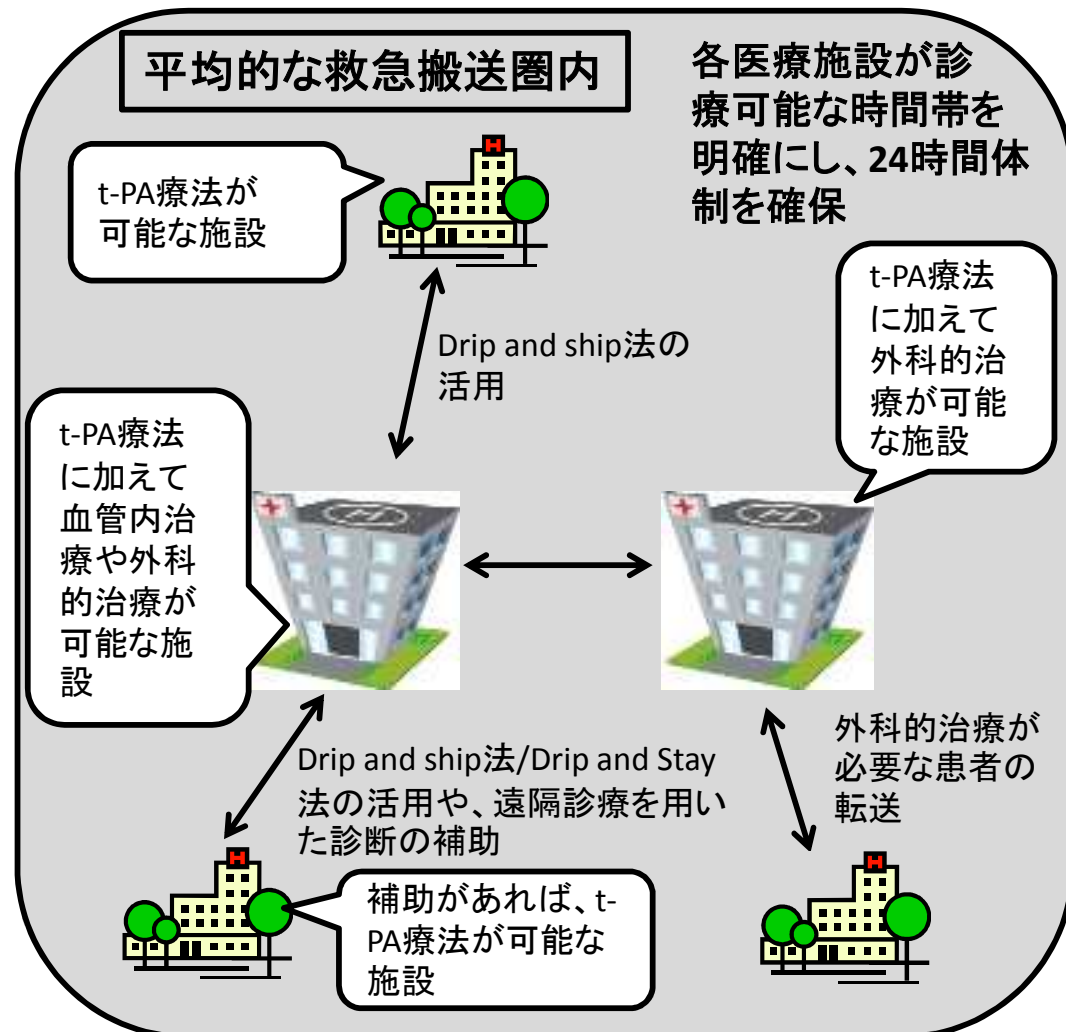


脳卒中の急性期診療提供のための施設間ネットワークのイメージ

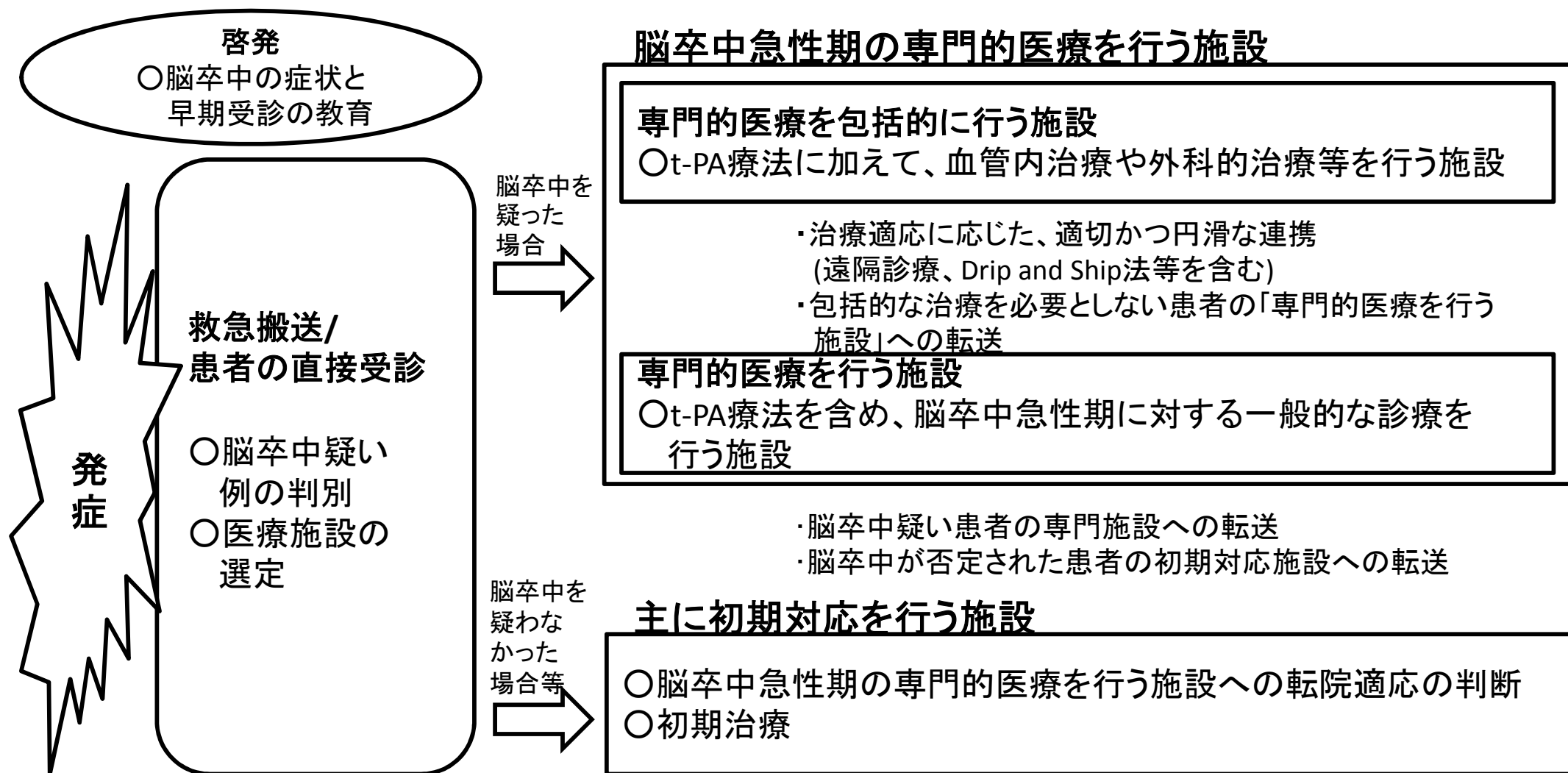
医療資源が乏しい地域



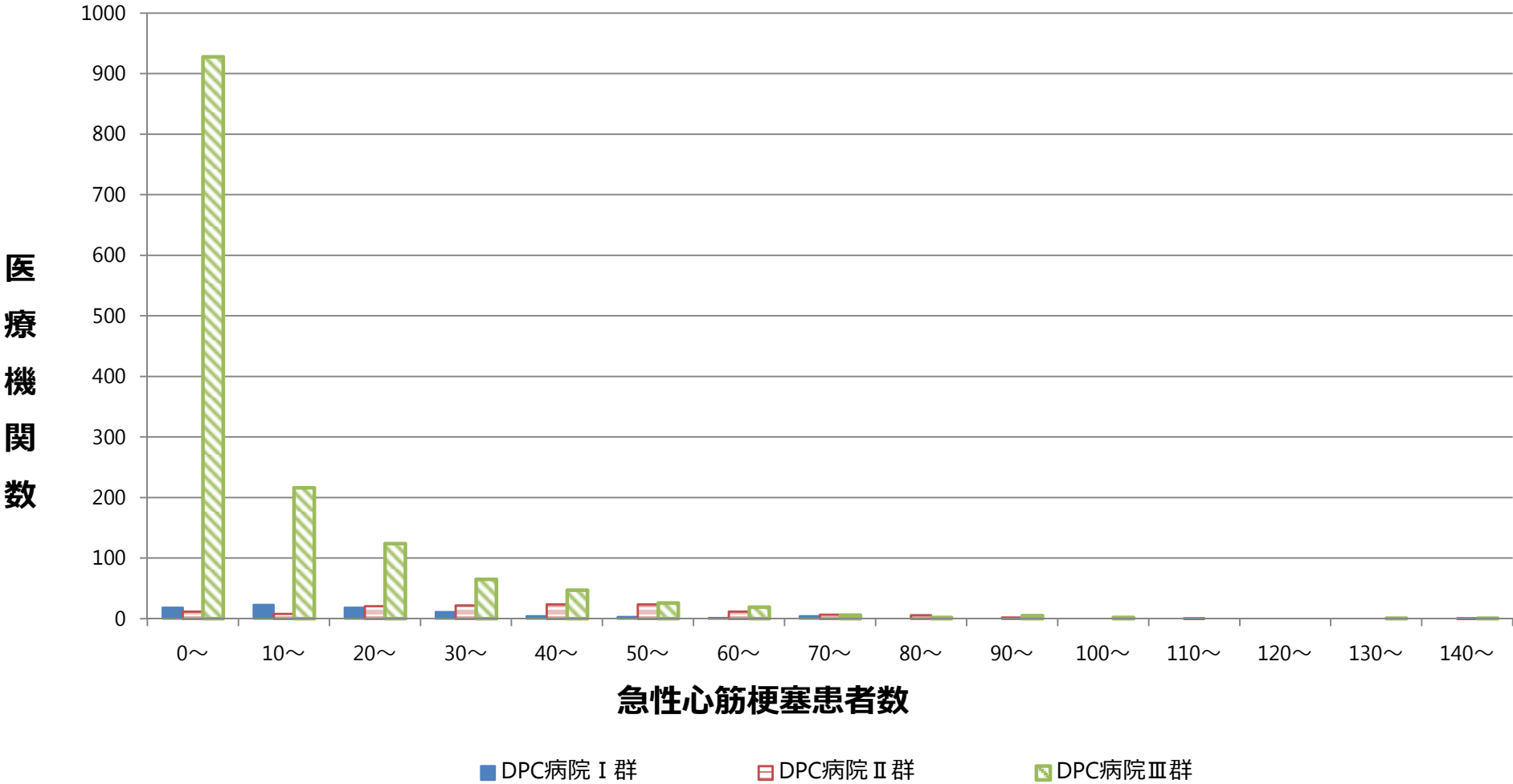
医療資源が豊富な地域



脳卒中の発症～急性期の診療提供体制のイメージ



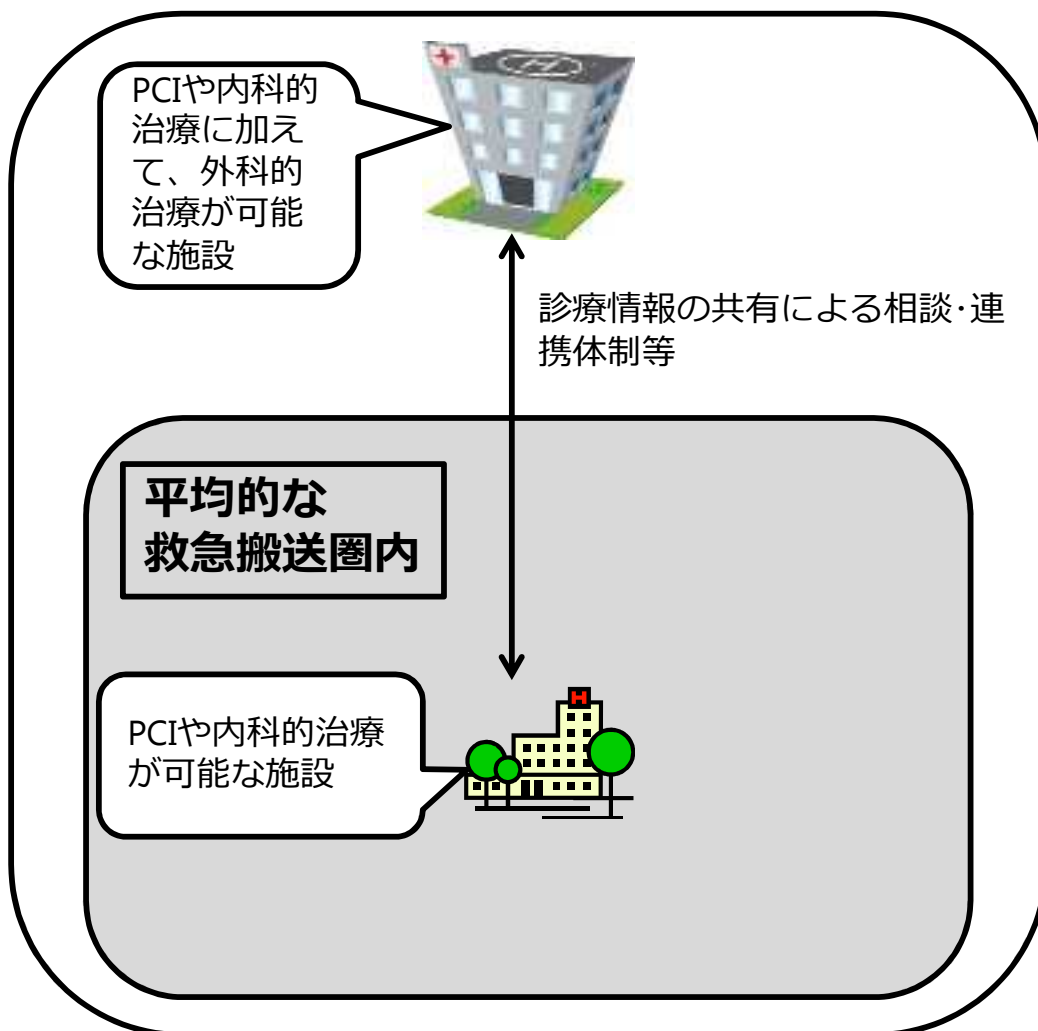
急性心筋梗塞患者数（医療機関群別）



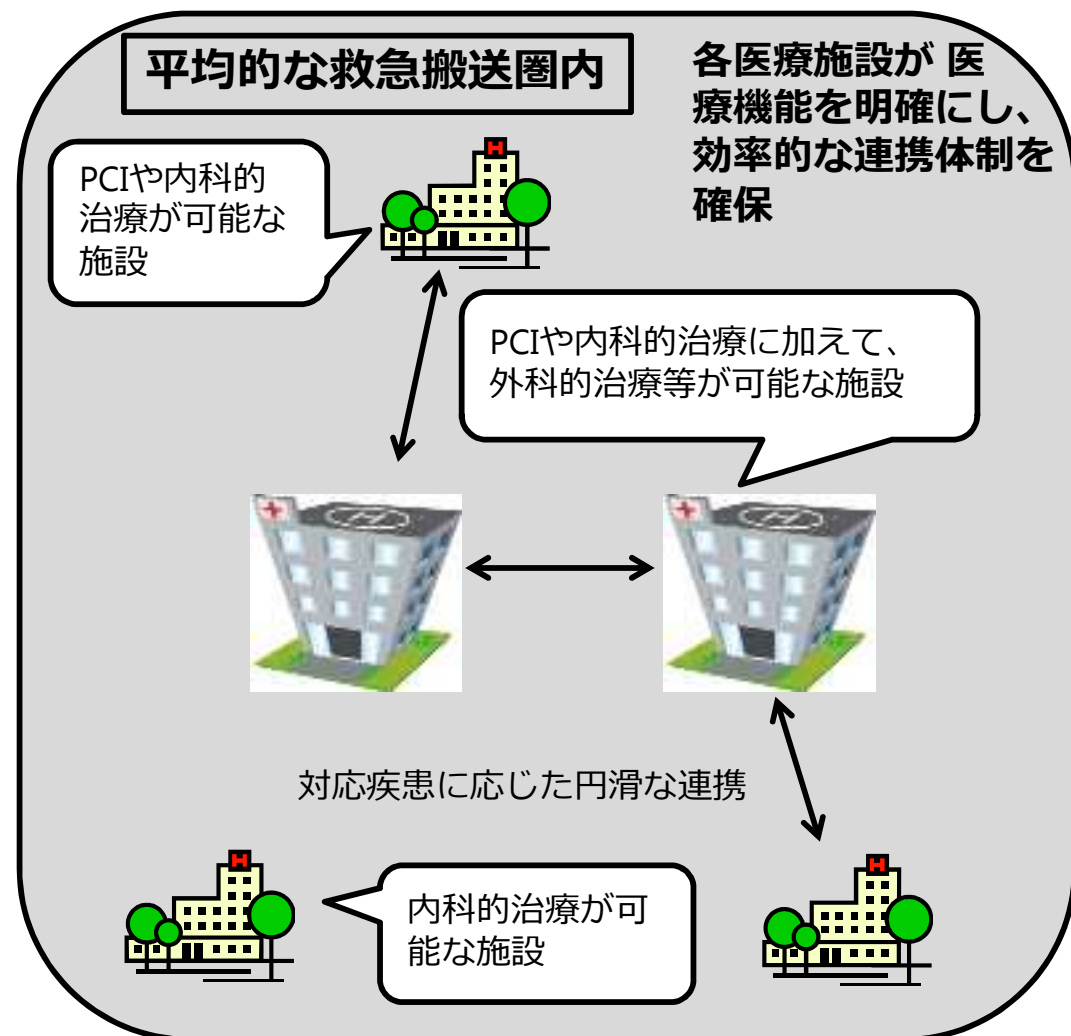
※10刻みで「10～」は「10以上20未満の区分」を表す

心血管疾患の急性診療提供のための施設間ネットワークのイメージ

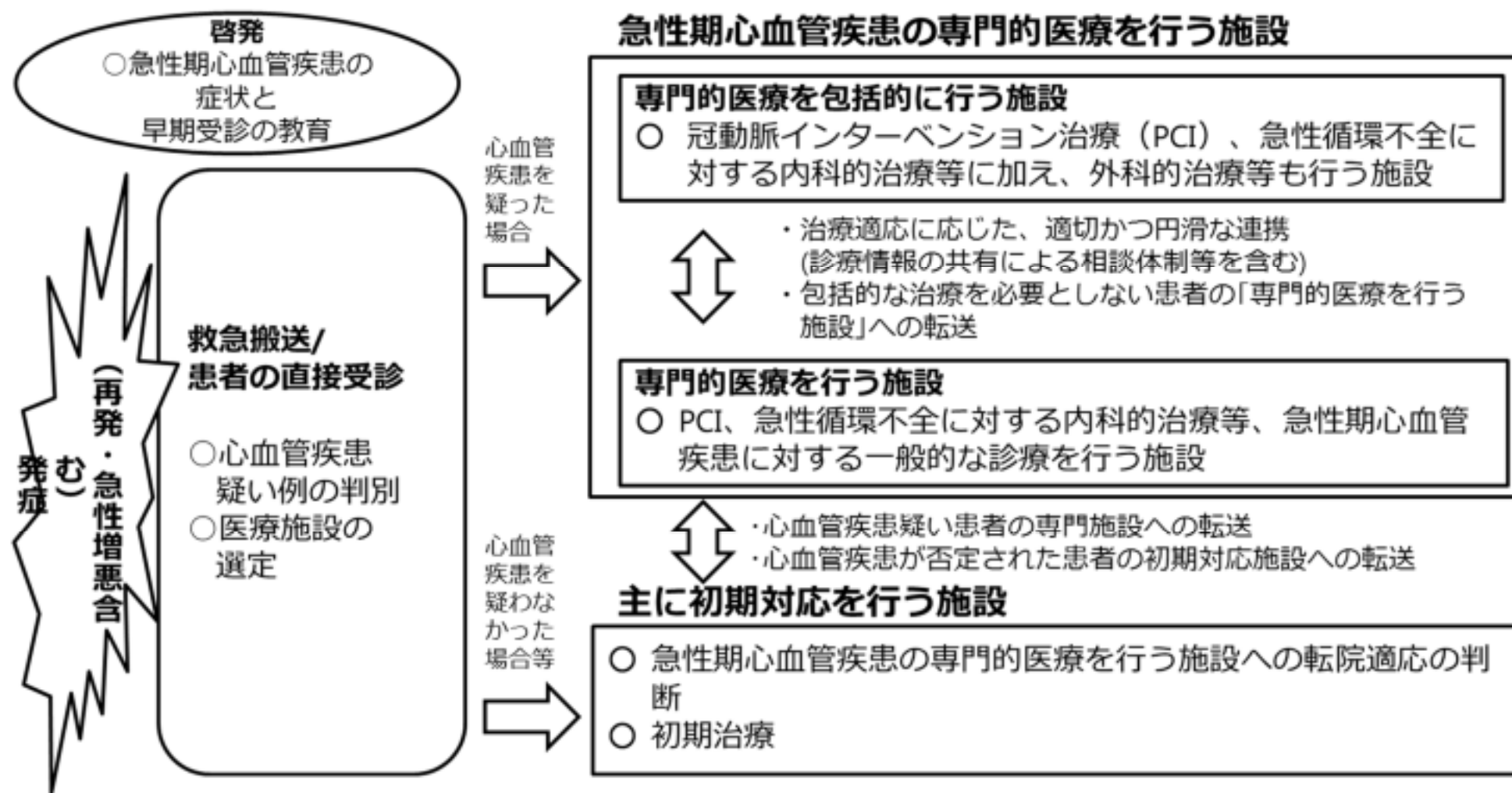
医療資源が乏しい地域



医療資源が豊富な地域

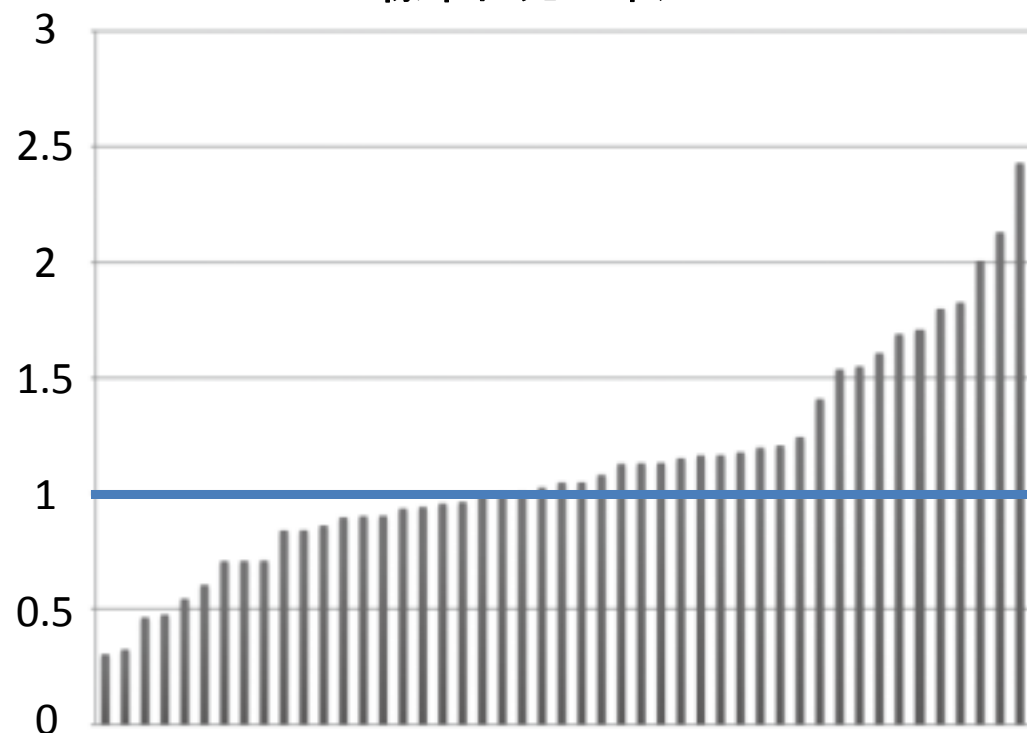


急性期心血管疾患の発症～急性期の診療提供体制のイメージ



急性期心臓血管外科手術について

都道府県ごとの救急搬送緊急心臓血管手術症例の
標準化死亡率比¹



施設における心臓血管手術件数と予後^{2,3}

冠動脈 バイパス術	施設における 年間手術件数	16-30	31-50	51-
	リスク調整 死亡率(%)	2.67	2.14	1.5
胸部 大動脈 手術	施設における 年間手術件数	5-20	20-40	40-
	リスク調整 死亡率(%)	11.0	7.5	6.9

- 救急搬送された心臓外科手術症例の都道府県レベルでの標準化死亡率比には、差がある。
- 心臓外科手術症例の死亡率には、病院への到達時間、救急医療体制等様々な要因が影響すると考えられるが、要因の一つとして、施設における手術件数が指摘されている。

1: Jpn J Pharmacoepidemiol, 2016; 21(1): 27-35

2: J Thorac Cardiovasc Surg. 2008 ;135(6):1306-12. 3: Eur J Cardiothorac Surg. 2009 ;36(3):517-21.

精神科診療への評価

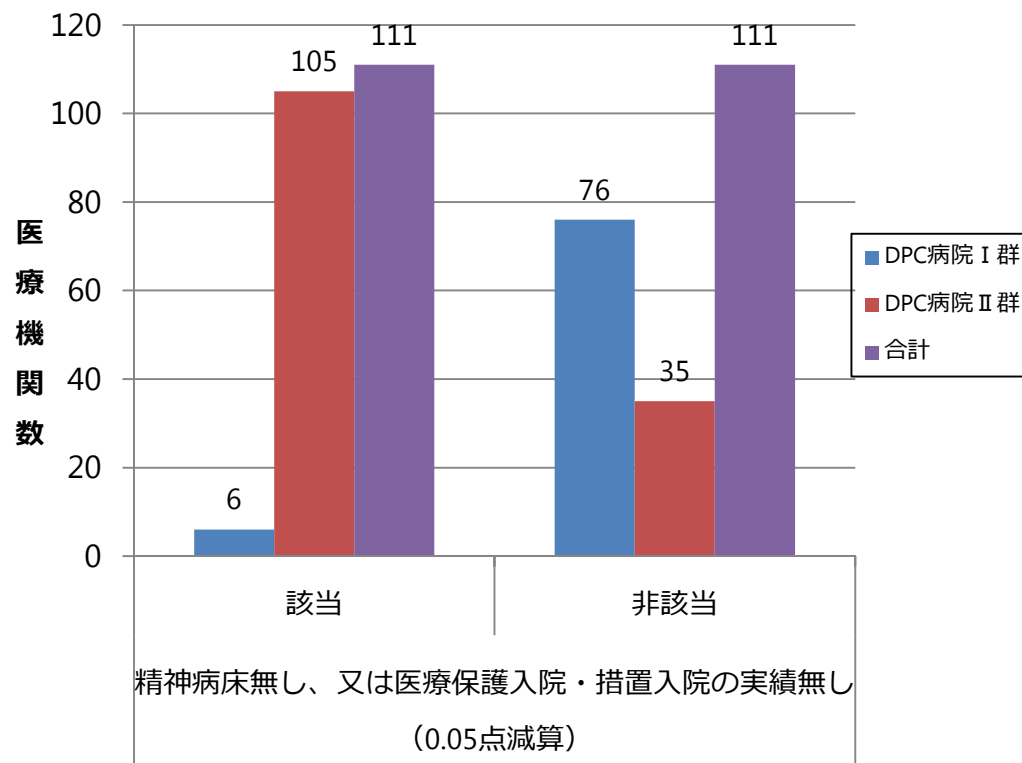
診 調 組 D - 2 参 考
2 9 . 7 . 1 9

- ・ 保険診療係数と地域医療係数において、別の観点から精神科入院診療について評価している。

保険診療係数

精神病床を備えていないまたは医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びⅡ群病院

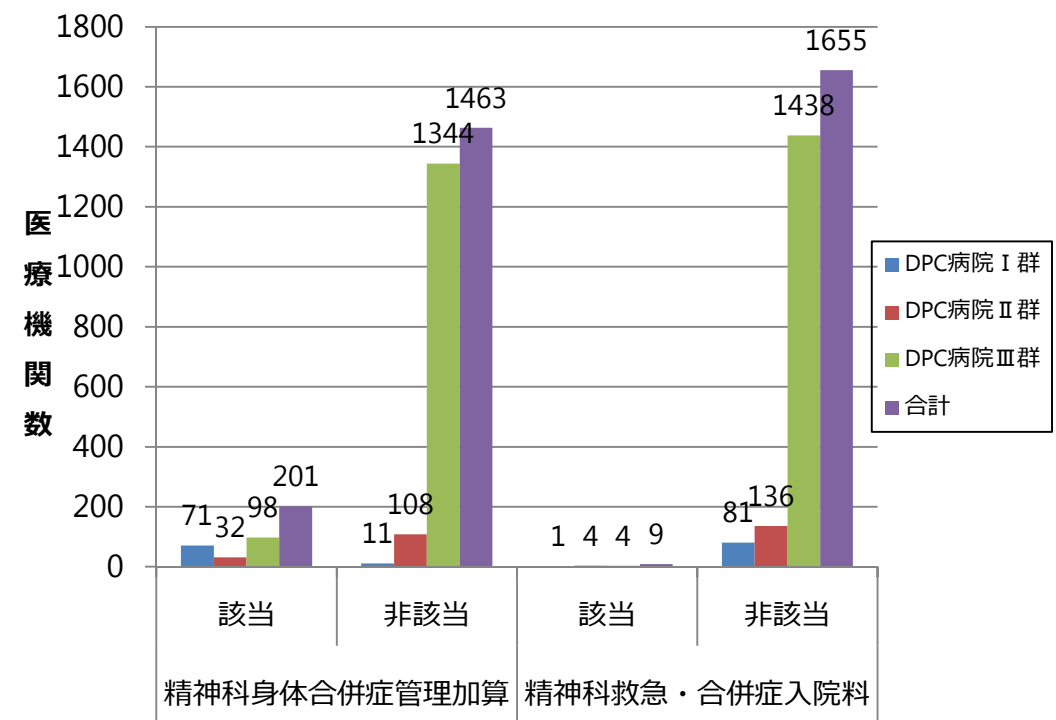
保険診療指数を0.05点減点



地域医療係数

「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

地域医療係数の体制評価指数に1P加点



地域医療係数と保険診療係数における 精神科診療への評価について

- ・Ⅰ・Ⅱ群ともに、保険診療係数で診療体制があると評価される医療機関は、地域医療係数でも加点対象となり、保険診療係数で評価されない医療機関は地域医療係数でも加点対象とならない傾向。

【保険診療係数】

- ・精神病床を備えていないまたは医療保護入院もしくは措置入院の実績のない大学病院本院及びⅡ群病院を減点

【地域医療係数】

- ・「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

※A230-3精神科身体合併症管理加算の施設基準（主なものを抜粋）

- ・精神科を標榜
- ・当該病棟に選任の内科又は外科の医師の配置
- ・精神障害者に対する身体合併症の治療が行えるよう、精神科以外の診療科との連携が取られている病棟であること

※A311-3精神科救急・合併症入院料の施設基準（主なものを抜粋）

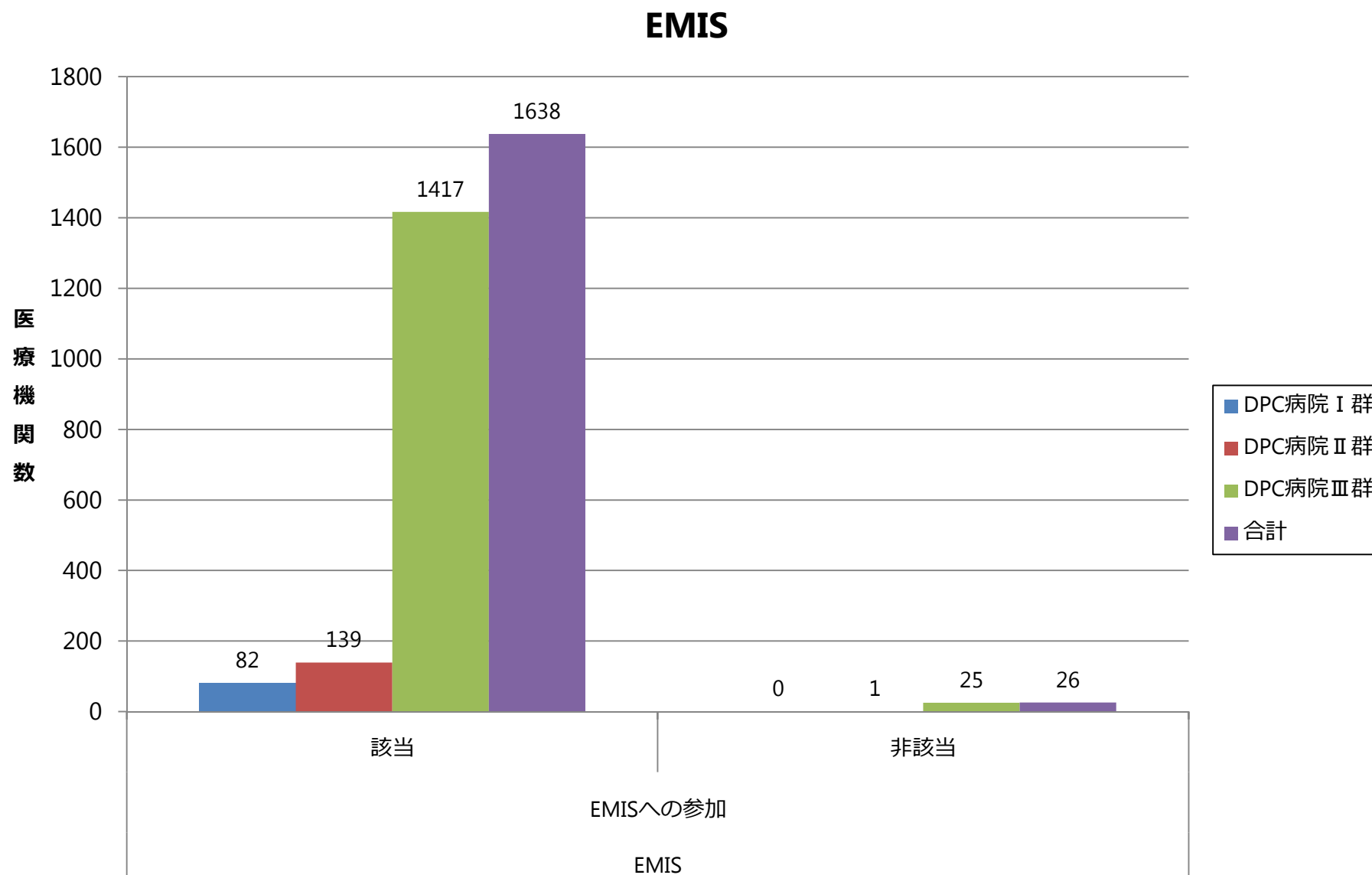
- ・都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院の病棟単位で行うものであること。
- ・主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

Ⅰ 群	保険診療係数で減点なし	保険診療係数で減点あり
地域医療係数で加点	71	0
地域医療係数で加点なし	5	6

Ⅱ 群	保険診療係数で減点なし	保険診療係数で減点あり
地域医療係数で加点	34	1
地域医療係数で加点なし	1	104

地域医療係数（体制評価指数）

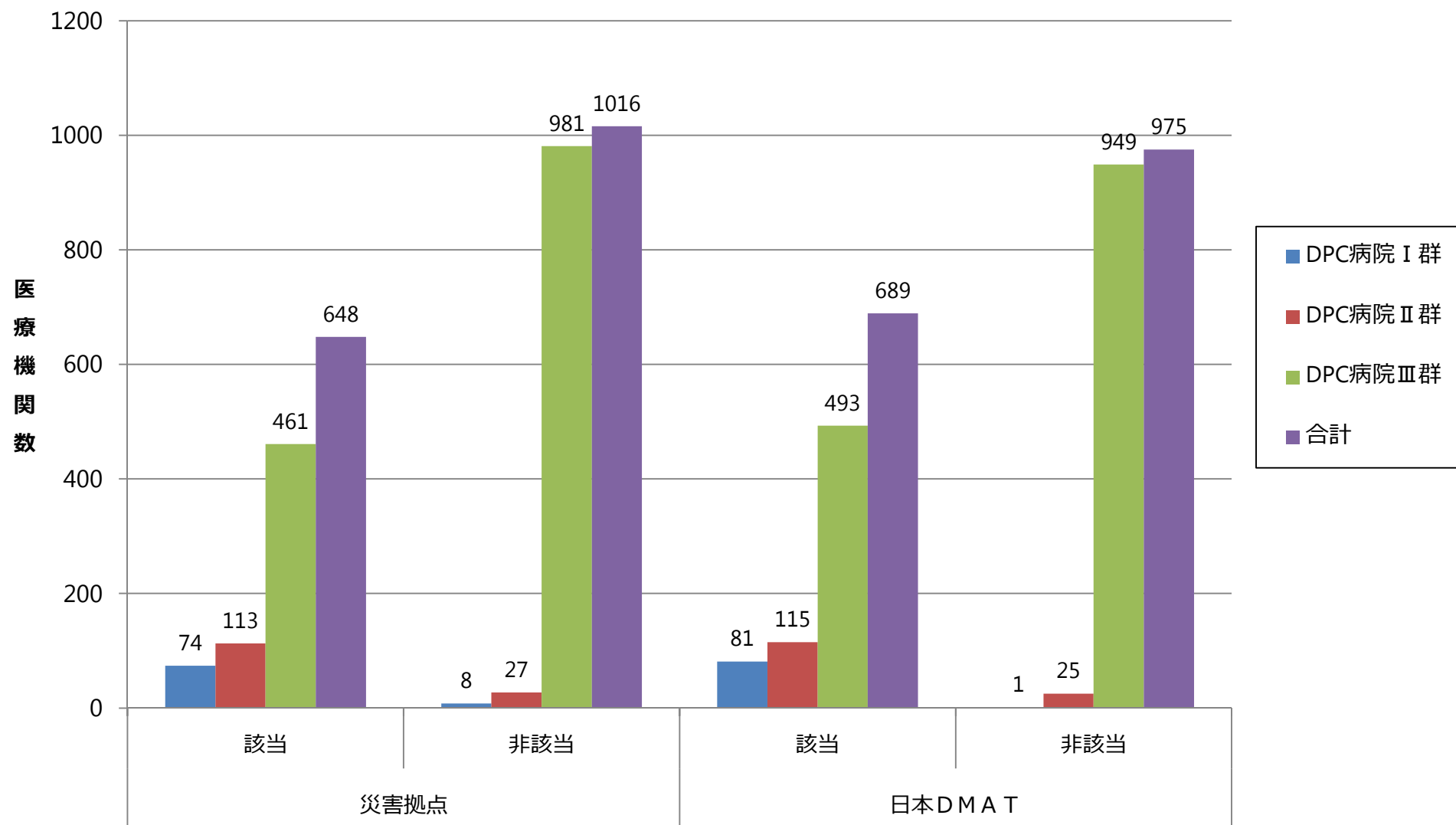
診調組 D - 2 参考1
2 9 . 8 . 4



地域医療係数（体制評価指数）

診調組 D - 2 参考1
2 9 . 8 . 4

災害

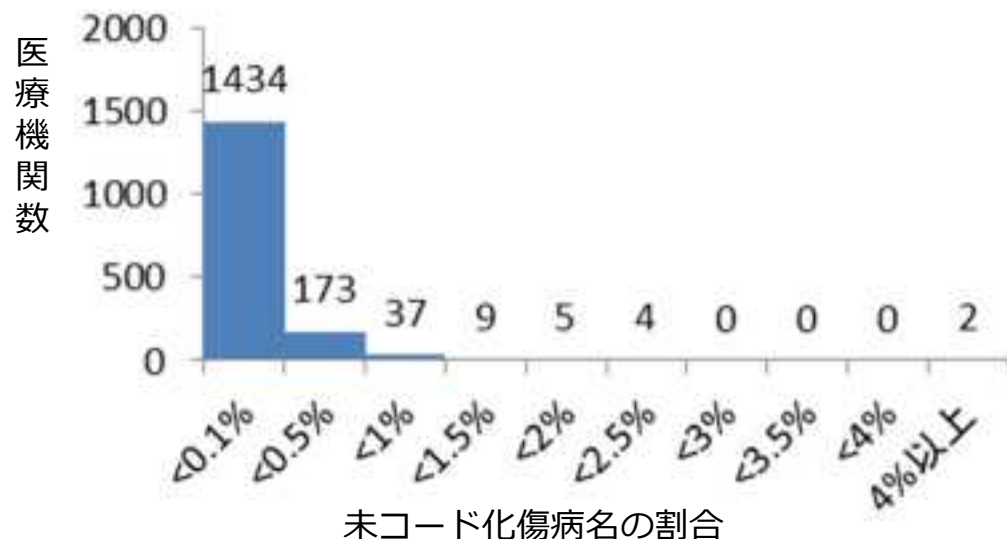


保険診療係数

未コード化傷病名について

- ・ 2017年3月分データについて、未コード化傷病名の割合を分析したところ、13,845件であり、全病名991,904件に対して、1.40%であった。
- ・ 本来未コード化傷病名となるべきではない、コード化された病名と同じものを機械的に除くと残りは517種の病名、計714件であり、件数の占める割合は全体の0.07%。医療機関毎に見ると多くが0.1%未満であり、2%を超える医療機関は6あった。
- ・ また、残った病名の中には未コード化傷病名となるべきではない病名が多くみられた。

医療機関毎の517種の未コード化傷病名の使用頻度の分布



未コード化傷病名の使用病院上位病名についての、他の病名コードとの対応（例）

病名	件数	病院数
右黄斑上膜	11	6
左黄斑上膜	14	4
尿膜管遺残	4	4
左視床梗塞	5	3

網膜前膜
(20077108)

尿膜管の奇形
(20072823)
尿膜管の異常
(20072825)

脳幹梗塞
(20073050)

1. 普及啓発・教育

- ・ 1.1 国民に対する薬剤耐性の知識・理解に関する普及啓発活動の推進
- ・ 1.2 関連分野の専門職に対する薬剤耐性に関する教育、研修の推進

2. サーベイランス・モニタリング

- ・ 2.1 医療・介護分野における薬剤耐性に関する動向調査の強化
- ・ 2.2 医療機関における抗微生物薬使用量の動向の把握
- ・ 2.3 畜水産、獣医療等における動向調査・監視の強化
- ・ 2.4 医療機関、検査機関、行政機関等における薬剤耐性に対する検査手法の標準化と検査機能の強化
- ・ 2.5 ヒト、動物、食品、環境等に関する統合的なワンヘルス動向調査の実施

3. 感染予防管理

- ・ 3.1 医療、介護における感染予防・管理と地域連携の推進
- ・ 3.2 畜水産、獣医療、食品加工・流通過程における感染予防・管理の推進
- ・ 3.3 薬剤耐性感染症の集団発生への対応能力の強化

4. 抗微生物製剤適正使用

- ・ 4.1 医療機関における抗微生物薬の適正使用の推進
- ・ 4.2 畜水産、獣医療等における動物用抗菌性物質の慎重な使用の徹底

5. 研究開発・創薬

- ・ 5.1 薬剤耐性の発生・伝播機序及び社会経済に与える影響を明らかにするための研究の推進
- ・ 5.2 薬剤耐性に関する普及啓発・教育、感染予防・管理、抗微生物剤の適正使用に関する研究の推進
- ・ 5.3 感染症に対する既存の予防・診断・治療法の最適化に資する研究開発の推進
- ・ 5.4 新たな予防・診断・治療法等の開発に資する研究及び産学官連携の推進
- ・ 5.5 薬剤耐性の研究及び薬剤耐性感染症に対する新たな予防・診断・治療法等の研究開発に関する国際共同研究の推進

6. 国際協力・グローバルヘルスアーキテクチャ

- ・ 6.1 薬剤耐性に関する国際的な施策に係る日本の主導力の発揮
- ・ 6.2 薬剤耐性に関するグローバル・アクション・プラン達成のための国際協力の展開

薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン(2016.4.5)【数値目標のまとめ】

指標微生物の薬剤耐性率

	指標	2014年	2020年(目標値)
医療分野	肺炎球菌のペニシリン非感受性率	48%	15%以下
	大腸菌のフルオロキノロン耐性率	45%	25%以下
	黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率	51%	20%以下
	緑膿菌のカルバペネム耐性率	17%	10%以下
	大腸菌・肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.1-0.2%	0.2%以下(同水準)
畜産分野	大腸菌のテトラサイクリン耐性率	45%	33%以下
	大腸菌の第3世代セファロスポリン耐性率	5%	G7同水準
	大腸菌のフルオロキノロン耐性率	5%	G7同水準

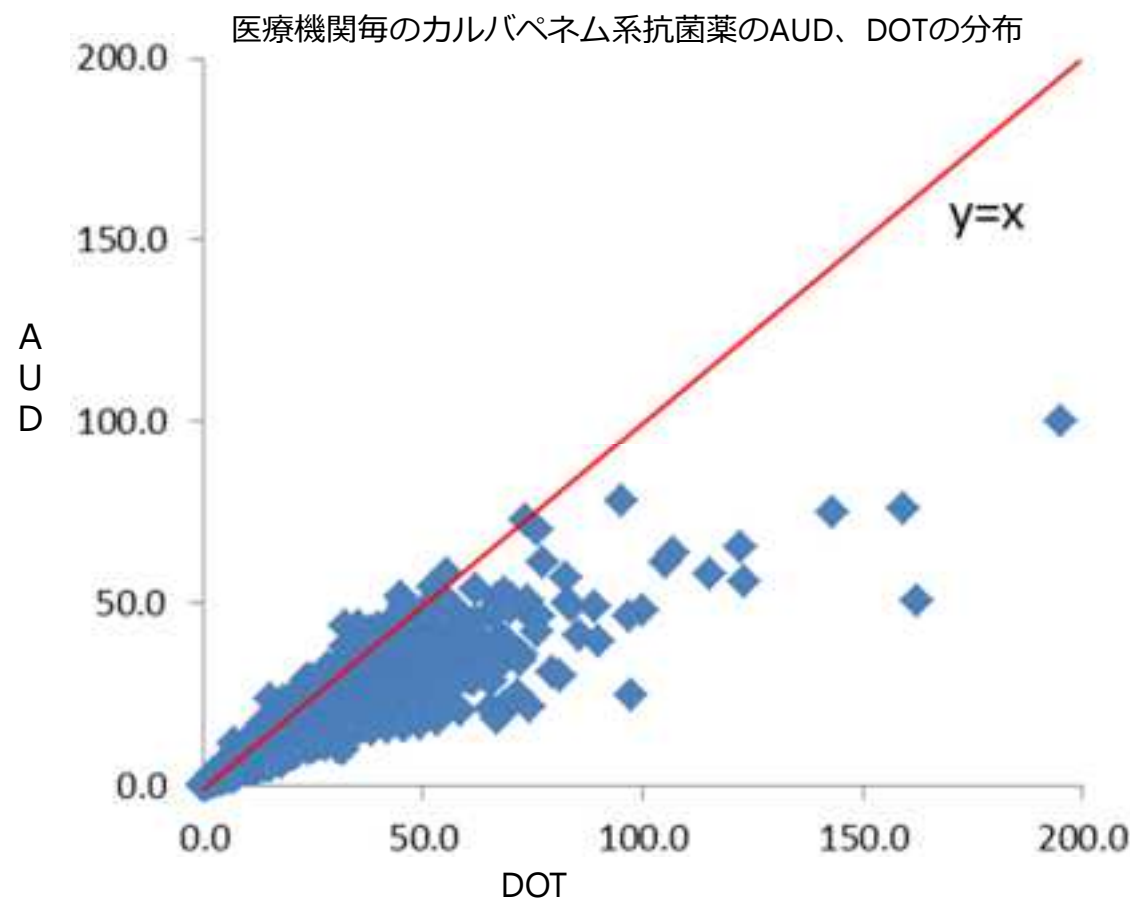
ヒトの抗微生物剤の使用量(人口千人あたりの一日抗菌薬使用量)

指標	2013年	2020年(目標値)
全体	15.8	33%減
経口セファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライド	11.6	50%減
静注抗菌薬使用量	1.2	20%減

※動物の抗微生物剤使用量の指標については、今後1年以内に、適正使用に係る具体的な行動計画とともに数値目標を設定

特定の抗菌薬の使用について

- ・ DPC対象病院における平成28年度DPCデータからカルバペネム系抗菌薬（メロペネム、イミペネム、ドリペネム、ビアペネム、パニペネム）のAUD（抗菌薬使用密度）、DOT（抗菌薬治療日数）を分析。
- ・ AUDは医療機関の診療規模を補正する指標であり、DOTと併せて他施設との使用量の比較が可能となる。このような指標を医療機関毎に把握し、他施設との比較や自施設の診療内容を把握することは抗菌薬の適正使用に資する。



- ・ $AUD = \frac{\text{H28.4} \sim \text{H29.3月までのカルバペネム系抗菌薬の総使用量(g)} \times 1000}{DDD \times \text{当該期間の総入院患者延べ入院日数}}$
- ・ $DOT = \frac{\text{H28.4} \sim \text{H29.3月までのカルバペネム系抗菌薬の延べ投与日数} \times 1000}{\text{当該期間の総入院患者延べ入院日数}}$
- ・ DDD=抗菌薬ごとに定められた1日投与量
- ・ カルバペネム系薬剤のうち、オラペネムについてはDDDが把握不能だったため集計対象外とした。
- ・ 腎機能の悪い患者が多い施設や小児科病院ではAUDが低くなる等、単純に数値の大小で評価出来るものではないことに留意する必要がある。