

平成 23 年 9 月 21 日 DPC 評価分科会 検討概要（検討事項と主な意見等）

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（D-2）

1. 現行の 6 項目について

（1）地域医療指数

- 救急医療の姿は地域ごとの背景事情によって全く異なるものであり、地域の病院の救急医療を評価するものとしては、地域の医療圏における患者の受け入れ割合（シェア）が有用な指標となるのではないかという指摘があった。これについて、地域・患者のシェアや医療機関までの時間・距離、といった定量的な評価は、医療機関だけではなく、住民にとっても大切な要素であり議論する価値があるとの見解が示された。
- また、地域・患者のシェアの導入について、地域の人口規模や医療機関数に影響を受け大都市圏に不利ではないか、といった懸念が示され、これについては、地方で少数の医療機関しかないところでは、地域の患者を全部受け入れている傾向が強い一方で、都市部でも機能分化が進んでいるところについては、それぞれの特徴的な機能に応じた地域における一定の役割が果たされており、細かい要件設定を行う事で丁寧に評価できる可能性があるとの見解が示された。
- 更に、地域医療で重視すべきは地域間格差の是正であり、その是正努力を適切に評価することが重要だ、との指摘もなされた。
- 現行の地域医療指数の個別評価項目については、「地域がん登録」や「災害医療」の必要性や 7 項目の重み付けについて検討する余地があるのではないかという意見があった。
- 以上を踏まえ、次回以降の分科会で、地域医療への貢献に関する定量的な評価を議論するための資料の提出を研究班から得て、それらを元に更に検討することとなった。

（2）救急医療指数

- 救急診療の初期に係る費用は大きく、医療機関が苦慮している部分でもあり、救急医療係数の設定は有意義であり、今後も評価を継続するとともに、「多発外傷」の患者等についても何らかの対応ができないか、との意見があった。
なお、多発外傷については、海外では AIS（Abbreviated Injury Score；外傷の重症度スコアの一つ）等の重症度分類に基づく評価が導入されているか、あるいは、包括評価の対象外となっているが、日本においてはデータ不足で多発外傷の定義ができなかった（過去 DPC データで AIS を入力してもらっていたが、入力率が 5%に満たなかった）ことから、現状では対応は難しいのではないかとの見解も示された。
- 救急医療については、受け入れた患者に対する評価より、医療機関の態勢を評価して欲しいとの意見があり、例として 24 時間態勢で t-PA のために様々なスタッフが待

機している事例が紹介された。

- 救急医療については、地域の環境や周辺の医療機関との関係により大きく異なっており、単純に大学病院本院とその他病院といった形で区切ることができないのではないかと指摘がなされ、実際に研究班の分析でも地域によって救急医療の内容が大きく異なっている、との見解が示された。
- 現行の DPC/PDPS では患者の重症度の判定が非常に難しいが、この判定をうまくできるシステムの実現が望ましい、との指摘がなされた。一方で、重症度に関するデータ収集は、それに伴う医療機関や医師の負担とのバランスを考慮する必要があることや、国際的には合併症の重症度や医療行為の重症度（Charlson comorbidity index; CCI）などの組み合わせで重症度を分類していることなども紹介された。
- 救急医療に対しては、より一層の評価を望む声もあることから、救急医療係数は引き続き重点的に評価していく方向で検討を進めることとなった。

（3）データ提出指数

- 提出されているデータの正確性について、副傷病で重要なものが必ずしも登録されていない等、全体的な評価に大きな影響を与えているのではないかという懸念が示され、カルテとデータの照合を行う事が理想だが、現実的には実行が難しいことから、これに代わる形でデータの正確性を評価していくことが必要ではないかとの指摘がなされた。
- これについて、海外では、診断群分類に基づく臨床指標等を作成して公開しており、日本においても、様式 1 や EF ファイルのデータを用いてかなり細かな分析ができるのではないかと指摘がなされる一方で、分析自体は可能だが、医療機関によって扱っている疾患が異なることから、これらを加味した上で判断することが重要との見解も示された。
- また、現行の部位不明・詳細不明コードの取扱いについては、条件設定が単純なためハードルも 40%と低く設定されているが、例えば臨床的に部位入力が必要となる DPC の一覧が示されるなどの精緻化ができれば、システムでチェックができ、データの質的向上も期待できるという指摘もあり、データ提出指数については、次回分科会で見直しの方向性について事務局より提案し、引き続き検討することとなった。

（4）その他 3 指数（効率性指数、複雑性指数、カバー率指数）

- 複雑性や効率性はそれぞれ、高度な技術に対する高い評価や平均在院日数短縮に応じた重点評価など、既存の報酬体系で既に評価されており、二重評価につながる懸念が払拭できないとの指摘や、カバー率指数については、効率的で質の高い医療が提供される専門病院で不利となるため、専門病院における専門的診療を何らかの形で評価すべきではないかとの意見が示された。

- カバー率指数については、前回改定における機能評価係数Ⅱ導入時の検討で、総合病院は全ての診療科について専門スタッフや構造設備を有しているのに対して、専門病院は特定診療科に限定することができ、効率性を高めやすい構造にあったことから、専門的診療体制は基本的に効率性で評価し、総合的診療体制はカバー率で評価するという考え方で現行の評価方針が整理された、という経緯が紹介され、実際にMDC01について集中している施設ではこのような傾向があるとの指摘もなされた。
- 更にこれに対して、特定診療科に特化することでアウトカム（成績）の良い医療が実践できている等の効率的な医療や質の高い医療が提供されているにも関わらず、それ相応に評価がなされていないのではないかと、との見解が示されたが、アウトカムについては現存データでも長期成績は把握できておらず、現状で評価できるとすれば、やはり平均在院日数の短縮にならざるを得ないのではないかと、との指摘もなされた。
- 以上から、これら3指数（効率性、複雑性、カバー率）については、現行の評価方法を引き続き継続する方向で検討することとなった。

2. 追加導入を検討すべき項目について

- 現行の機能評価係数Ⅱにおいて、診療実績を評価する項目は多数設定されているが、医療の質的向上そのものを捉えた指標が少ないのではないかと、医療の質に基づき診療報酬上評価する（Pay for Performance）は時期尚早だがその前段階として、医療の質的な評価指標の算出や、その算出結果の公表（Pay for Reporting）あるいは他病院との比較を通じた医療の質的改善への取組みを、一定程度評価することを検討しても良いのではないかと、との指摘がなされた。
- これについて、各医療機関が所有する、厚生労働省から公表されていないデータから導かれる事実関係も含めたデータの公開（医療の透明化）は推進すべきで、データの信頼性等を考慮して、例えば様式1の緊急入院患者の割合を算出する等の簡単なものから始めていくだけでも価値があるのではないかと、また、各病院がホームページ等で公開をし、そこに各医療機関の解釈や考えが述べられていれば、国民にとって価値のあるものになるのではないかと、という意見が示された。
一方で、各医療機関に公開を求めるのであれば、まず公開すべき指標やフォーマットなどの公開手法を設定することが不可欠であり、時期的に各医療機関に周知をしたうえで次の次回改定からの導入は困難ではないかと、との見解も示された。
- 医師派遣機能やチーム医療について、これらの定義や数値化が困難なことは理解しつつも、何らかのインセンティブとしての係数化ができないかと、との意見が示されたが、医師派遣機能はその定義や指標設定が困難なこと、また、チーム医療については、前回改定の機能評価係数Ⅱ導入時に、病棟薬剤師配置の評価についてDPC評価分科会でも検討されたが、結論として、これらはDPC病院以外も含め、評価するのであれば出来高点数体系としてまず中医協において評価されるべきものであり、設定されれば、DPC/PDPSの機能評価係数Ⅰとして設定される、という考え方の整理が示された。
- 公益財団法人日本医療機能評価機構の実施する病院機能評価について、医療機関の

質的向上に重要な役割を果たしてきているが、近年、審査費用の節減や診療報酬上のメリットがないことを理由に評価更新をしない病院が増えてきていることから、何らかの評価をすべきではないか、特に中小病院の質的な改善に重要ではないか、との意見が示された。

- 一方で、この病院機能評価についても前回、機能評価係数Ⅱ導入時に検討されたが、特定の民間機関との契約や判定が直接的に診療報酬と結びつけられることは不適切ではないか、との指摘もあり見送られた経緯が紹介された他、病院機能評価やISO取得など第三者評価の重要性を認識しつつも、近年はむしろ、病院自らが質的なマネジメントシステムを構築する取組みが重視される傾向にあることや、第三者による機能評価は本来、自施設の運営改善のために受けるもので、それによって様々な運営上の改善やメリットが生じているのであって、改めて診療報酬で評価すべきものではない、との指摘もなされた。
- 最終的に引き続き検討を行う項目としては、専門病院の評価及び診療情報活用の評価の2項目であることが確認された。
- なお、今後の機能評価係数Ⅱ各項目の必要性や妥当性を議論において、データに基づく検証を行いつつ検討を進めることを基本としつつも、機能評価係数ⅡがDPC対象施設の実現すべき医療の在り方や方向性に基づき評価される「インセンティブ」であることを踏まえれば、目指すべき方向や理想と現実との乖離を一定程度許容しつつ、距離感を計りながら検証・見直していくことも重要との指摘がなされた。

3. 医療機関群設定との関係について

- 機能評価係数Ⅱの評価体系について、救急医療を例にとっても、単一の評価軸で評価することは困難であり、これに医療機関群ごとの要素が加わると、非常に多様な係数設定を行わなくてはならないのではないかと、との指摘がなされた。
これに関連して、前回改定での機能評価係数Ⅱの導入の議論において、評価の概念的な方向性については合意できても、具体的な評価指標や手法の開発の段階になると多様な評価軸や価値観に直面し、最終的な評価方法の策定においては、一定の限界を認識しつつ1つの評価体系にまとめざるを得なかった経緯も改めて確認された。
- 医療機関群の設定と機能評価係数Ⅱの関係については、医療機関群を定義する指標として検討されている医師密度や診療密度が効率性や複雑性などに関連する部分があり、データを見ながら検討する必要がある、との指摘がなされる一方で、医療機関群の設定自体が機能評価係数Ⅱを補完するための診療実績に基づく概念であり、本来的に重複することは避けられず、その点の割り切りが不可欠である、との見解も示された。

(了)