

中医協「2008年度第13回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会」 2009/3/23  
 新係数の提案まとめ、25日の基本小委へ報告

2010年度から段階的に設置する新たな「機能評価係数」の候補を検討している中医協の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会（会長：西岡清・横浜市立みなと赤十字病院長）は3月23日、診療報酬基本問題小委員会（以下、基本小委）の検討材料とするための具体的な項目案をまとめた。事務局が提示した案に委員から上がった意見を加え、西岡分科会長が25日の基本小委で報告する。今後は、基本小委が絞り込み、優先順位を付けた項目について、様々なパラメーターを設定し、シミュレーションを行う。



次回以降は、基本小委の議論を受けて、各項目の分析に取り組む

**データ利用可能なものを係数設定の優先順位に**

具体的な項目案は、委員からの提案や病院との意見交換で上がった案を、DPCデータの利用可能性を考慮して再整理。DPCデータ等を活用して分析可能なものを、係数化する優先順位の高い項目とした（下表）。

手術症例数を評価する項目の提案もあったが、02年度改定で診療報酬に導入され、「年間手術症例数と手術成績との間の相関関係を積極的に支持する科学的知見が得られていない」ことから06年度改定でいったん廃止された手術に係る施設基準と「同じことになる」と慎重な意見が上がったため、手術症例数ではなく“手術症例割合”を評価する。

また、術後合併症の発生頻度による評価については、「合併症が少ないことの評価」と「合併症が多い重症

患者を診ていることの評価」の2つがあることから、松田晋哉委員（産業医科大学医学部公衆衛生学教授）がデータを分析し、それをもとに議論することとなった。

診療ガイドライン（以下、GL）を考慮した診療体制確保の評価に対しては、「GL

具体的な項目の提案等（優先順位が高いもの）

DPCデータを用いて分析が可能であるもの
DPC 病院として正確なデータを提出していることの評価（正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合 等） 効率化に対する評価（効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価 等） 手術症例割合に応じた評価 複雑性指数による評価 診断群分類のカバー率による評価 高度医療指数（診断群分類点数上位10%の算定割合） 救急・小児救急医療の実施状況による評価 患者の年齢構成による評価
DPCデータによって一部分が可能なもの、または医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの
診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価 術後合併症の発生頻度による評価 医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価 産科医療の実施状況の評価 医師、看護師、薬剤師等の人員配置（チーム医療）による評価

中医協の資料をもとに作成

の質の評価が難しいことと、薬事法未承認や適応外でも GL に載っている検査や薬なら保険診療で用いていいと誤った解釈をしている医療施設がある」ことから、吉田英機委員（昭和大学医学部名誉教授）が係数化に反対。西岡分科会長は「GL の使用ではなく、GL を考慮した診療体制を取っていることを評価する考え方」と理解を求め、提案した山口直人委員（東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学第二講座主任教授）も「GL がこれだけ普及しているのに、それに背を向けた病院が DPC 病院としてふさわしいのかという観点」と説明したが、吉田委員は「保険診療と医学は違う。GL を強調すべきではない」と反対姿勢を崩さなかった。山口俊晴委員（癌研究会有明病院消化器外科部長）は、癌研では基本的に GL を外してはいけないことになっているが、外れる症例はキャンサーボードにかけ、そこで認められれば GL 以外の治療を実施してもよいシステムになっていることを紹介。「キャンサーボードにかかるような難しい症例が多い病院が悪いわけではない。GL に沿った治療割合ではなく、システムを評価すべき」と述べた。

### 評価が重複する項目の是非は基本小委で検討

具体的な項目案には、すでに機能評価係数や診断群分類の分岐、出来高で評価されているものがある。委員からは、臨床研修病院の指定基準になっている病理解剖と CPX (clinical pathological conference : 臨床病理カンファレンス) について、「病院の機能を表わすものであり、評価すべき」との意見が上がったほか、病理解剖は“数”に加えて“率”の観点からの評価も

盛り込む案が出た。

その他の項目についても、複数の委員から「現行の点数は低すぎる」と重複評価になっても評価すべきとの意見が上がったが、診療報酬全体に関わるため、評価が重複するなど整合性を図る必要がある項目については、基本小委で議論する。

具体的な項目の提案等(診療報酬全体に関わるもの)

その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの
(1)すでに機能評価係数として評価されているもの 特定機能病院または大学病院の評価 地域医療支援病院の評価 臨床研修に対する評価 医療安全の評価
(2)すでに診断群分類の分岐として評価されているもの 標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価 副傷病による評価 希少性指数による評価(難病や特殊な疾患等への対応状況の評価)
(3)出来高で評価されているもの 退院支援の評価 地域連携(支援)に対する評価 望ましい5基準に係る評価(特定集中治療室管理料、救命救急入院料、病理診断料、麻酔管理料、画像診断管理加算の算定) 高度な設備による評価 がん診療連携拠点病院の評価
(4)その他 後発医薬品の使用状況による評価 治験、災害等の拠点病院の評価 入院患者への精神科診療の対応の評価

中医協の資料をもとに作成

### 優先順位低い項目のうち院内がん登録体制の評価を求める意見も

利用できるデータがないなどの理由から、優先順位が低いと位置付けられた項目は下表のとおり。このうち、新規がん登録患者数による評価については、酒巻哲夫委員（群馬大学医療情報部教授）から「院内でがん登録を実施しており、データ把握は必ずしも困難ではないのではないか。積極的に取り上げてほしい」との意見が上がった。

また、日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価で様々な病院の機能が審査されていることから、受審の有無を評価する項目の追加が小山信彌委員（東邦大学医療センター大森病院心臓血

管外科部長）から提案されたが、事務局は「民間団体の評価を診療報酬に反映することが可能かどうか検討する」と答えるに留めた。

#### 具体的な項目の提案等(2010年度改定での対応が難しいもの)

医療機関の負担が大きく速やかにデータを把握することが困難であるもの、またはDPCにおける急性期としての評価が困難であるもの

- 重症度・看護必要度による改善率
- 合併症予防の評価
- 再入院の予防の評価
- 救急医療における患者の選択機能(トリアージ)の評価
- 全診療科の医師が日・当直体制をとっていることの評価
- 地方の診療所や中小病院へ医師を派遣することに対する評価
- 在宅医療への評価
- 新規がん登録患者数による評価
- 高齢患者数の割合による看護ケアの評価

中医協の資料をもとに作成