

診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会委員一覧

平成20年度 第12回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

日時：平成21年3月5日（木） 10:00～12:00

場所：はあといん乃木坂 ソレイユ（6階）

議 事 次 第

1 調整係数の廃止に伴う新たな機能評価係数等の検討について

- これまでに検討された項目の整理

2 その他

<委員>

氏 名	所 属 等
相川 直樹	慶應義塾大学医学部救急医学教授
池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授
伊藤 澄信	独立行政法人 国立病院機構本部医療部研究課長
木下 勝之	医療法人社団九折会 成城木下病院理事長
熊本 一朗	鹿児島大学医療情報管理学教授
小山 信彌	東邦大学医療センター大森病院心臓血管外科部長
齊藤 壽一	社会保険中央総合病院長
酒巻 哲夫	群馬大学医療情報部教授
佐藤 博	新潟大学教授・医歯学総合病院薬剤部長
嶋森 好子	慶應義塾大学看護医療学部教授
辻村 信正	国立保健医療科学院 企画調整主幹
難波 貞夫	富士重工業健康保険組合総合太田病院病院長
◎ 西岡 清	横浜市立みなと赤十字病院院長
○ 原 正道	横浜市病院事業管理者病院経営局長
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
山口 俊晴	癌研究会有明病院消化器外科部長
山口 直人	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
吉田 英機	昭和大学医学部名誉教授

◎ 分科会長 ○ 分科会長代理

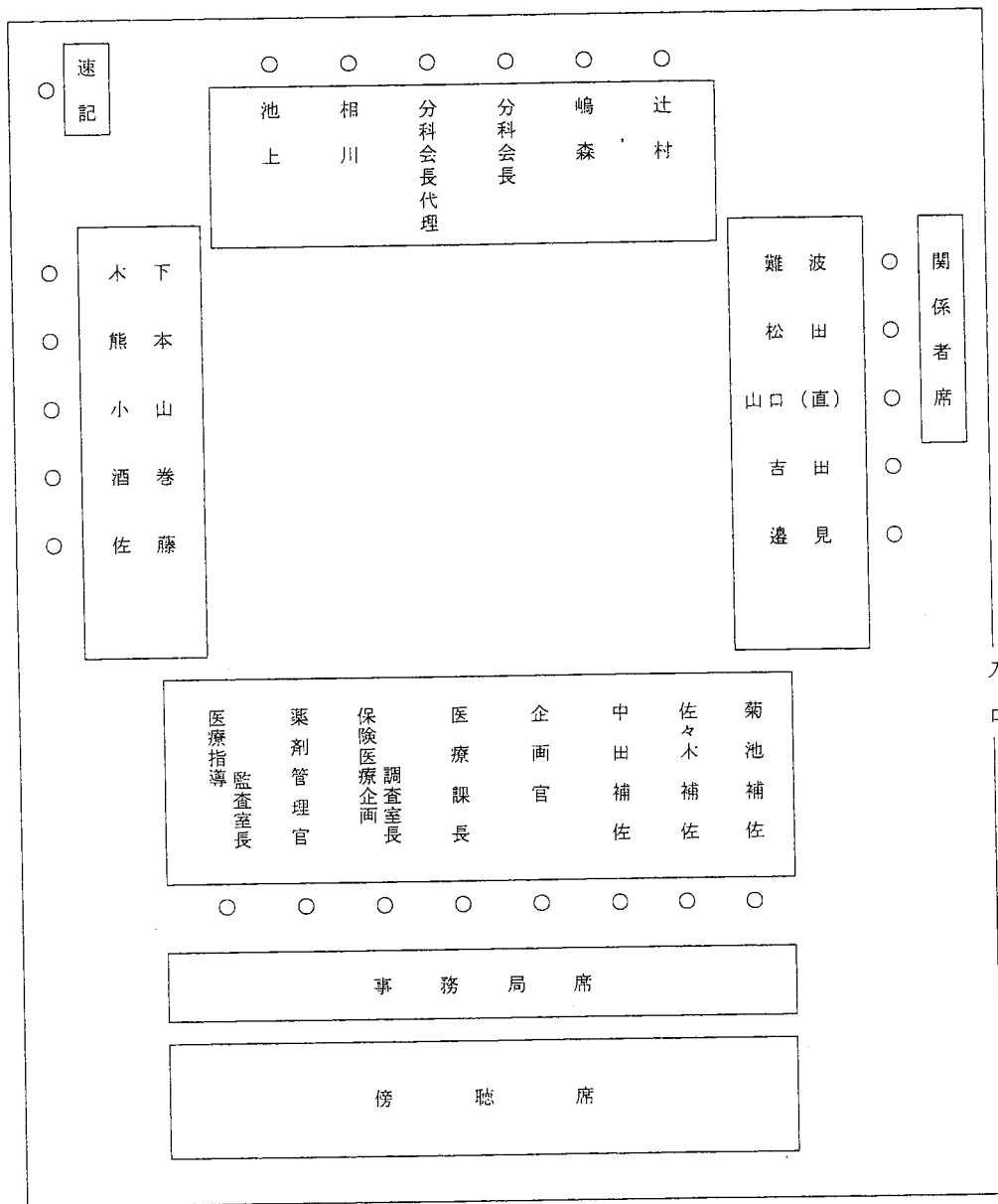
<オブザーバー>

氏 名	所 属 等
邊見 公雄	赤穂市民病院長

診療報酬調査専門組織 (DPC評価分科会) 座席表

(日時) 平成21年3月5日 (木) 10:00~12:00

(会場) はあといん乃木坂 ソレイユ (6階)



DPC評価分科会での新たな「機能評価係数」に関する検討の経過報告

I. 概要

DPCにおける新たな「機能評価係数」に係るこれまでの議論

- ① 中協基本問題小委員会において、「新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方」をまとめた (平成20年12月17日)。(別紙)
- ② DPC評価分科会において、この基本的考え方に沿って、新たな「機能評価係数」の候補について検討を重ねてきた。
- ③ 平成21年度より、ケアミックス型病院をはじめ、地域医療において様々な機能を担う病院がDPCの対象となることを踏まえ、DPC評価分科会において、こうした医療機関との意見交換も行った。

II. 具体的な項目の提案等

1. 医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価について

- (1) 透明化の評価
 - ア. 部位不明・詳細不明コードの発生頻度による評価
- (2) 効率化の評価
 - ア. 効率性指数による評価
 - イ. 後発医薬品の使用状況による評価
- (3) 標準化の評価
 - ア. 手術症例数又は手術症例割合に応じた評価
 - イ. 診療ガイドラインに沿った診療の割合による評価
 - ウ. 標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価
- (4) 医療の質の評価
 - ア. 術後合併症の発生頻度による評価
 - イ. 重症度・看護必要度による改善率
 - ウ. 医療安全と合併症予防の評価
 - エ. 退院支援及び再入院の予防の評価

2. 社会的に求められている機能・役割の評価について

(1) 特殊な疾病等に係る医療の評価

- ア. 複雑性指数による評価
- イ. 副傷病による評価
- ウ. 診断群分類のカバー率による評価
- エ. 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

(2) 高度な機能による評価

- ア. 高度な設備による評価
- イ. 特定機能病院又は大学病院の評価
- ウ. がん、治験、災害等の拠点病院の評価
- エ. 高度医療指数

3. 地域医療への貢献の評価について

(1) 地域での役割の評価

- ア. 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
- イ. 救急・小児救急医療の実施状況による評価
- ウ. 救急医療における患者の選択機能の評価
- エ. 産科医療の実施状況の評価
- オ. 地域医療支援病院の評価
- カ. 地域中核病院の評価
- キ. 小児科・産科・精神科の重症患者の受け入れ体制の評価
- ク. 全診療科の医師が日・当直体制をとっていることの評価

4. その他

(1) 医療提供体制による評価

- ア. 医師、看護師、薬剤師等の人員配置による評価

(2) 望ましい5基準に係る評価

- ・ 特定集中治療室管理料を算定していること
- ・ 救命救急入院料を算定していること
- ・ 病理診断料を算定していること
- ・ 麻酔管理料を算定していること
- ・ 画像診断管理加算を算定していること

- ア. ICU入院患者の重症度による評価
- イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価
- ウ. 病理医の数による評価
- エ. 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価

(3) その他

- ア. 新規がん登録患者数

- イ. 高齢患者数の割合による看護ケアの評価
- ウ. 入院患者への精神科診療の対応の評価
- エ. チーム医療の評価
- オ. DPC病院として正確なデータを提出していることの評価
- カ. その他

5. 医療機関との意見交換について

(1) 平成21年2月12日

○財団法人 脳血管研究所附属 美原記念病院 院長 美原 盤 氏

- ア. 急性期医療の提供体制に対する評価
- イ. チーム医療の実践に対する評価
- ウ. アウトカムを伴う効率化に対する評価
- エ. 救急医療への対応実績に対する評価
- オ. 政策的医療への対応実績に対する評価

○長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院 診療部長 西澤延宏 氏

- ア. 患者の年齢構成による評価
- イ. 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
- ウ. 在宅医療への評価

(2) 平成21年2月23日

○医療法人 溪仁会 手稲溪仁会病院 副院長 檜村 暢一 氏

- ア. 病院機能に対する評価
- イ. 政策医療（救急医療等）の評価
- ウ. 臨床研修に対する評価
- エ. 地域連携（支援）に対する評価
- オ. 診療機能に対する評価（1）

（患者の年齢構成や合併症、在院日数に応じた評価）

カ. 診療機能に対する評価（2）

（4疾病5事業、死因究明、細菌検査室、術中病理迅速診断に応じた評価）

○医療法人 近森会 近森病院 院長 近森 正幸 氏

- ア. チーム医療と地域医療連携の評価
 - ① チーム医療（NSTや病棟へのコメディカルの配置）
 - ② 地域医療連携
- イ. 医療の質の向上
 - ① 効率性指標による評価
 - ② 医療安全と合併症予防の評価
 - ③ 複雑性指標による評価
 - ④ 医師、看護師、薬剤師等の人員配置による評価

ウ. 救急・重症患者の評価

- ①救急患者
- ②重症患者

エ. 地域医療の充実

○社会医療法人 慈泉会 相澤病院 院長補佐 宮田 和信 氏

- ア. 地域医療支援病院の紹介率や逆紹介率等による評価
- イ. 救命救急医療の評価
- ウ. 高齢者や精神科系疾患の合併患者、寝たきり患者等の受入れ状況による評価
- エ. 地域医療連携の評価
- オ. 地域がん診療連携拠点病院の評価
- カ. マンパワーに係る評価

Ⅲ. 今後の検討について

(1) 新たな「機能評価係数」として評価すべき項目の絞り込み

以下の点を考慮する。

- ア. 新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方との合致
- イ. 現行の「DPCの影響評価に関する調査」の活用
- ウ. 現行の機能評価係数や出来高部分と評価が重複する可能性がある項目の整理
等

(2) 絞り込まれた項目について、具体的な検討

新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方

以下の事項を基本的考え方として、新たな「機能評価係数」について議論してはどうか。

- 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。

具体的な項目の提案等について

- 委員からの意見及びこれまでの議論をもとに事務局において整理
- DPC評価分科会で継続して検討している事項

1. 医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価について

(1) 透明化の評価	委員からの意見等	備考			
		基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
ア. 部位不明・詳細不明コードの発生頻度による評価	○医療機関に対するヒアリングの中で、データが不適切であった事例が見られている。しかし、そのような特殊な事例をもってルールを作成した場合に、適切に実施している医療機関へ弊害が生じ得ることも考慮する必要がある。		可		
(2) 効率化の評価	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
ア. 効率性指数による評価	○病院の総合的な能力及び効率性を評価できる。 ○患者が早期転院又は退院した場合には、効率性が高まるが、患者のアウトカム評価と併せて検証が必要である。 ○平均在院日数は、地域性による疾病構造の違いや後方医療施設の有無等の影響を受けることから、評価は慎重にすべき。 ○地方では交通機関の悪さや後方病院が無いなど、都会の視点だけで評価するべきではない。		可		
イ. 後発医薬品の使用状況による評価	○特定機能病院等で後発医薬品の使用が普及していないことを考えると、DPCで評価すべき。 ○DPCでは薬剤費は包括されるので、制度の趣旨からすると後発医薬品の使用が促進されるはずであり、これを評価すれば二重評価となる。		可	●DPC制度では後発医薬品の使用が促進される。	●後発医薬品の使用状況を評価すれば、患者の負担が増えることになり、「患者の利点」という観点からどのように考えるか。

1 / 13 ページ

(3) 標準化の評価	委員からの意見等	基本的考え方との合致	備考		
			DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
ア. 手術症例数又は手術症例割合に応じた評価	○標準的・効率的な医療を評価できる。 ○症例数が少なくても標準的・効率的な医療を提供している場合の評価についてはどのように考えるのか不明である。 ○症例数とアウトカムの関係についての検証が必要である。 ○評価することにより、不必要な医療(手術)を助長する恐れがある。 ○手術症例数の割合で評価する場合、医療の質が高まるというエビデンスがあるものだけを評価すべき。 ○疾患によって内科的治療と外科的治療のどちらが有効かという評価が定まっていない場合もあり、手術で評価した場合に、医療内容に過度の変容を来す恐れがある。 ○症例数で評価すると、症例数が少ない地域では評価されにくい。 ○医療の質の観点からは、病院全体の手術症例数ではなく、医師が経験した症例数の方が重要である。	●医療の質の評価	可		●病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
イ. 診療ガイドラインに沿った診療の割合による評価	○治療効果等の裏付けのある標準的治療の促進が期待される。 ○診療ガイドラインと異なる診療であっても、一概に不適切であるとは言えないが、少なくとも診療ガイドラインを利用できる環境にあることなど何らかの評価があっても良い。 ○評価の対象とすべき質が担保された診療ガイドラインを特定することが困難である。また、診療ガイドラインでも患者の病態に応じた治療を行うことが前提であることから、単に診療ガイドラインの適用割合で評価することは、必ずしも質の高い医療を反映しない。 ○診療ガイドラインに当てはまらない高度な医療を実施した場合に、評価されない恐れがある。		一部可 (但し、評価するガイドラインの内容次第)		
ウ. 標準レジメンによるがん化学療法法の割合による評価	○治療効果等のエビデンスのある標準的治療の促進が期待される。 ○標準化を進めるという点では大変重要であるが、既に一定の標準化が進んでいる医療機関において、まだ標準レジメンとはなっていない高度な医療を実施した場合に評価されない。		可	●平成20年度改定よりレジメン別分岐の評価を導入。	●病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。

4) 医療の質の評価	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
ア. 術後合併症の発生頻度による評価	<ul style="list-style-type: none"> ●術後合併症の発生頻度を評価することによって、医療の質が向上するかについてどのように考えるのか？ ○高度な医療を実施した場合には、合併症が増える確率が高い。評価を導入することにより、合併症を避けるためにあえて積極的な治療を実施しないことになりかねない。 		一部可 (但し、入院後発症傷病名は最大4つまでしか記載できず、傷病名の発症日は入力されていない。)		
イ. 重症度・看護必要度による改善率	<ul style="list-style-type: none"> ○効果的な治療・ケアの評価が可能である。 ○看護必要度を用いて1入院単位で評価する方法について検討する必要がある。 ○看護必要度は毎日測定するものであり、1入院単位での評価方法が確立していない。 		DPCデータ以外で一部可 (但し、7対1入院基本料を算定する病棟では、重症度・看護必要度に係る評価表が作成されており、各病院では把握しているが、10対1入院基本料を算定する病棟等では作成されていない。)	●7対1入院基本料の施設基準では、一定割合の重症患者数を要件としている。	
ウ. 医療安全と合併症予防の評価	<ul style="list-style-type: none"> ○医療の安全に対する取り組みや合併症の予防が進み、医療の質の向上が図られる。 ○既に診療報酬の中で評価している加算との整合性が問題となる。 ○DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき。 		一部可 (但し、A234医療安全対策加算の算定状況のデータはあるが、医療安全への取り組み状況や合併症予防の状況のデータはない。)	●入院基本料の施設基準では、医療安全管理体制の整備を要件としている。 ●例えばA234医療安全対策加算で既に機能評価係数として評価されている。	
エ. 退院支援及び再入院の予防の評価	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅復帰率等を指標とすることで、質の高い医療を評価できる。 ●既に診療報酬の中で評価している項目との整合性及び二重評価の可能性についてどのように考えるのか？ ●DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてどのように考えるのか？ 	●退院支援： 地域医療への貢献の評価	一部可 (但し、当該病院での退院先がどこであるか、再入院率のデータはある。)	●例えばA241後期高齢者退院調整加算で評価している。	

2. 社会的に求められている機能・役割の評価について

(1) 特殊な疾病等に係る医療の評価	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
ア. 複雑性指数による評価	<ul style="list-style-type: none"> ○病院の総合的な能力及び効率性を評価できる。 ○患者が早期転院又は退院した場合には、効率性が高まるが、患者のアウトカム評価と合わせて検証が必要。 ○この指数は平均在院日数が相対的に長いことに影響されるため、点数の高い診断群分類を多く算定している方が直接的に高度な医療を評価できる。 		可		
イ. 副傷病による評価	<ul style="list-style-type: none"> ○重症の患者を多く受け入れている医療機関をより評価できる。 ○診断群分類の分岐を行うことにより、既に副傷病に応じて評価している。 ○副傷病の重症度に応じた重み付けの方法論が確立しているのか不明である。 ○副傷病に応じた重症度の重み付けをどのように行うのか、評価が複雑になる恐れがある。 		可	●現行の診断群分類で副傷病による分岐として評価されている。	●術後合併症等も含まれることについて、どう考えるか。
ウ. 診断群分類のカバー率による評価	<ul style="list-style-type: none"> ○診断群分類のカバー率によって、病院機能を評価できるか検証が必要である。 ●専門病院は評価されにくいことについてどのように考えるのか？ 		可		
エ. 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)	<ul style="list-style-type: none"> ○難病や特殊な疾患等に対応できる専門的医療が行われていることを評価できる。 ○いわゆる専門病院が評価されにくい。 ○難病や特殊な疾患が必ずしも高度な医療を必要とするものではない。 ○既に診断群分類の中で評価されており、改めて評価の必要はない。 ○神経難病等に対応するにはスタッフの確保や医療施設の整備が必要であり、診療にコストがかかることから、希少性に着目するには意味がある。 		可	●現行の診断群分類で傷病名による分岐として評価されている。	●病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。

	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
(2) 高度な機能による評価 ア. 高度な設備による評価	○高度な設備を有し、高度な医療を提供している病院を評価できる。 ○病院が過剰な設備投資を行うインセンティブとなる可能性がある。	●医療の質の評価	DPCデータ以外で一部可 (但し、マルチスライスCTや高磁場MRIの有無等は、医療施設調査の項目にあり、各病院では把握しているが、追加調査が必要)	●例えば、E202核磁気共鳴撮影(MRI撮影) 1、1.5テスラ以上の機器による場合で評価されている。	
イ. 特定機能病院または大学病院の評価	○特定機能病院は医療法で定める承認条件を満たしており、地域の最終的な病院として機能していることから、特定機能病院を一律に評価すべき。 ○特定機能病院の中でも調整係数に差があり、医療内容や地域での役割も多様であると考えられるため、一律に評価すべきではない。 ○研究や教育に係る財源は、保険財源ではなく別途の財源で対応すべき。		可	●例えば特定機能病院入院基本料で、機能評価係数として評価されている。	
ウ. がん、治験、災害等の拠点病院の評価	●病院の機能に応じた評価を行うことについてどのように考えるのか？ ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？	●地域連携がん診療拠点病院、災害拠点病院、地域医療への貢献の評価	DPCデータ以外で一部可 (但し、がん対策推進基本計画等により、各病院が指定を受けており、病院名の確認は可能)	●例えばA233-2がん診療連携拠点病院加算で評価されている。 ●がん対策推進基本計画等で評価されている。	
エ. 高度医療指数(診断群分類点数上位10%の算定割合)	○高度な医療を提供している医療機関を評価できる。 ●診断群分類点数が高い割合をもって、高度な医療の評価となるのかについてどのように考えるのか？		可		

3. 地域医療への貢献の評価について

	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
(1) 地域での役割の評価 ア. 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	○地域医療への貢献度を評価することができる。 ○医療計画に定める事業のうち、どの分野をどの様な指標で評価できるのか検討が必要である。 ○医療圏におけるシェアで評価する場合、医療圏やシェアの定義をどのようにすべきか検討が必要である。また、医療圏によっては症例数が少なくとも高い評価を得ることとなることについて、検討が必要である。 ○医療機能は、一つの医療機関だけで完結するものではないため、医療機関間及び病診の連携状況についても勘案すべき。 ○地域の実情に応じた評価を希望する医療機関は多く、そういった評価もあり得る。 ○地域での役割を評価するためには、症例数だけではなく、地域内のシェア等を総合的に評価することも考えるべき。 ○地域単位での貢献度は、その地域内で判断すべき事項であり、全国一律の診療報酬体系で評価することは困難である。		一部可 (-症例数:評価可能 -シェア:DPC対象病院のデータに限って評価するのであれば可能 -医療計画での位置づけ:不可)		
イ. 救急・小児救急医療の実施状況による評価	○地域医療への貢献度を評価することができる。 ○重症度、受入率(受入要請数に対する受入数)、診療科に応じた評価も検討する必要がある。 ○単に受け入れた救急患者に対して評価することは異なり、常に受入要請に対応できる病院機能(救急応需機能)を評価することができる。 ○同一疾患でも、救急入院では、予定入院(検査は外来で実施可能)と異なり、確定診断等を目的として入院初期に検査等を多く必要とし、DPCでは不採算となりやすいことも考慮すべき。 ○「救急」の定義が難しく、DPC対象病院以外の病院と公平性を図る必要がある。		可 (但し、救急車による搬送の有無、予定・緊急入院区分、処置や手術等の時間外加算等の状況のデータはある。)	●例えばA300救命救急入院料、A205救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算で評価されている。 ●救急医療対策事業により評価されている。	
ウ. 救急医療における患者の選択機能の評価	○トリアージ体制等を評価することで、患者に適切な医療を提供されることを評価できる。 ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？ ●DPC対象病院だけではなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてどのように考えるのか？		不可		

1) 地域での役割の評価	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
工. 産科医療の実施状況の評価	○産科医療の不足が社会問題となっており、産科医療を積極的に提供している病院を評価すべき。 ●DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてどのように考えるのか？		一部可 (但し、保険診療の対象に限られる。)		●病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
才. 地域医療支援病院の評価 カ. 地域中核病院の評価	●病院の機能に応じた評価を行うことについてどのように考えるのか？ ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？		一部可 (A205地域医療支援病院入院診療加算の算定状況のデータはある。)	●例えばA205地域医療支援病院入院診療加算で、既に機能評価係数として評価されている。 ●共同利用施設設備事業により評価されている。	
キ. 小児科・産科・精神科の重症患者の受け入れ体制の評価	○地域医療への貢献度を評価することができる。 ○重症度、受入率(受入要請数に対する受入数)、診療科に応じた評価も検討する必要がある。 ○社会的に必要な医療として、評価すべき。 ○精神疾患を合併し、急性期医療を必要とする患者は増加傾向にあり、その様な医療に対応することは社会的に必要である。 ●既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？		可	●例えばA205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、A237ハイリスク分娩管理加算で評価されている。	●病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
ク. 全診療科の医師が日・当直体制をとっていることの評価	○患者の有無に関わらず、常に受け入れ体制を整備していることを評価すべき。 ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？		不可		

4. その他

1) 医療提供体制による評価	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
ア. 医師、看護師、薬剤師等の人員配置による評価	○手厚い人員配置を行うことで、短い入院期間で提供される密度の高い医療を評価することができる。 ○コマディカルを評価することでチーム医療の評価につながる。 ○麻酔科、放射線科、病理の医師は、医療の質を上げるために必要である。 ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？	●医療の質の評価	DPCデータ以外で一部可 (但し、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士等は、病院報告の項目であり、各病院では把握しているが追加調査が必要)	●例えば、入院基本料において、看護配置に応じて評価されている。 ●例えば、A233栄養管理実施加算、B008薬剤管理指導料等で評価されている。	
2) 望ましい5基準に係る評価 特定集中治療室管理料を算定していること 救命救急入院料を算定していること 病理診断料を算定していること 麻酔管理料を算定していること 画像診断管理加算を算定していること イ. ICU入院患者の重症度による評価 イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価 ウ. 病理医の数による評価 エ. 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価	●患者の重症度や医療機関の体制に応じた評価ができることについてどのように考えるのか？ ○連続的評価が可能か検討が必要である。 ○既に出来高で評価されている項目であることから、二重評価とならないように留意すべき。	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用 一部可 (各診療報酬の算定状況のデータはある。)	●例えば、A301特定集中治療室管理料、L009麻酔管理料等で評価されている。	●病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。 ●出来高で評価されている項目であり、重複評価について、どう考えるか。

3) その他	委員からの意見等	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
ア. 新規がん登録患者数	●新規がん患者の診療に応じた評価ができることについてどのように考えるのか？ ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？		不可		●病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
イ. 高齢患者数の割合による看護ケアの評価	○高齢患者に対するケアを評価することができる。 ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？		不可		●病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
ウ. 入院患者への精神科診療の対応の評価	○精神科診療の対応を評価することができる。 ●精神科による診療は、例えば精神疾患と身体疾患の治療計画について既に出来高(例: A230-2精神科身体合併症管理加算)で評価されており、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？		一部可 (A230-2精神科身体合併症管理加算等の算定状況のデータはある。)	●例えば、A230-2精神科身体合併症管理加算で評価されている。	●病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
エ. チーム医療の評価	○病院の医療提供体制を評価することができる。 ●DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてどのように考えるのか？ ●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？	●医療の質の評価	DPCデータ以外で一部可 (但し、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士等は、病院報告の項目であり、各病院では把握しているが追加調査が必要)		
オ. 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にかなりのコストがかかっているので評価すべき。 ●DPC準備病院もデータ提出を行っているが、DPC対象病院のみを評価することについて、どのように考えるのか？ ●データ提出にかかる費用を診療報酬で評価することについて、どのように考えるのか？		可		
カ. その他	○全体の事項として ①DPC対象病院についてのみ評価すべき項目か、他の急性期病院でも評価すべき項目か ②現行のDPC調査において、データが集められているか ③既存の診療報酬や補助金制度と二重評価となるか等について整理し検討する。 ○その他、必要な事項。				

5. 医療機関との意見交換について

		基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
1) 財団法人脳血管研究所附属真原記念病院 院長 栗原 肇 氏					
ア. 急性期医療の提供体制に対する評価	<p>○放射線技師 検査技師 薬剤師 専門診療科医師の24時間体制の確立を評価することで、急性期医療の質の確保につながる迅速な対応を評価できる。</p> <p>●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？</p>	<p>●医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価</p>	<p>DPCデータ以外で一部可 (但し、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士等は、病院報告の項目であり、各病院では把握しているが追加調査が必要)</p>	<p>●例えば、A233栄養管理実施工算、B008薬剤管理指導料等で評価されている。</p>	
イ. チーム医療の実践に対する評価	<p>○病床規模に比した一定数以上のコメディカル スタッフ(薬剤師 リハビリ 栄養士 MSW)の配置を評価することで、効率化や医療密度の充足、直接看護時間の増加等の医療の質の向上が期待できる。</p> <p>●DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき事項かどうかについてどのように考えるのか？</p> <p>●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？</p>	<p>●医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価</p>	<p>DPCデータ以外で一部可 (但し、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士等は、病院報告の項目であり、各病院では把握しているが追加調査が必要)</p>	<p>●例えば、A233栄養管理実施工算、B008薬剤管理指導料等で評価されている。</p>	<p>●病床毎の配置状況のデータはない。</p>
ウ. アウトカムを伴う効率化に対する評価	<p>○平均在院日数が一定日数以下で、併せて再入院率および再転床率が一定割合以下であることを評価することで、治療効果を担保しながら効率化を評価できる。</p> <p>●例えば、評価することによって再入院を受け入れないなど、過度な医療変容を来す可能性についてどのように考えるのか？</p>	<p>●医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価</p>	可		
エ. 救急医療への対応実績に対する評価	<p>○救急車による搬送の受け入れ実績及び一定割合以上の緊急入院の率を評価し、個別症例のみではなく、病院としての救急医療への取組みを評価できる。</p>	<p>●地域医療への貢献の評価</p>	可	<p>●例えばA300救命救急入院料、A205救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算で評価されている。</p> <p>●救急医療対策事業で評価されている。</p>	
オ. 政策的医療への対応実績に対する評価	<p>○医療計画(4疾病及び5事業)への対応又は医療連携の度合い(地域連携バス・紹介率および逆紹介率)を評価すべき。</p> <p>●例えば、地域連携の度合いなど、現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難である事項も含まれていることについてどのように考えるのか？</p>	<p>●地域医療への貢献の評価</p>	一部可 (退院先がどこであるかのデータはある)	<p>●例えばB005-2 地域医療連携計画管理料等で評価されている。</p>	

		基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
2) 長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院 診療部長 西澤 延宏 氏					
ア. 患者の年齢構成による評価	<p>○都会に比べて、地方では高齢者が多く、コストが掛かる医療が行われている。また、データには現れないが、看護必要度が高齢者で高くなることから、年齢に応じて評価すべき。</p> <p>○高齢者をどのように定義するべきか、単純に年齢だけで評価してよいのか議論が必要である。</p>	<p>●地域医療への貢献の評価</p>	可		<p>●病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。</p>
イ. 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	<p>○地域医療を守るために、近隣医療機関へ医師を派遣していることを評価すべき。</p> <p>●当該医療機関の入院医療と直接は関係がなく、機能評価係数として評価が可能かどうかについてどのように考えるのか？</p> <p>●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？</p>	<p>●地域医療への貢献の評価</p>	不可		<p>●当該病院で提供される入院医療とは、直接関係は無い機能で評価することについて、どう考えるか。</p>
ウ. 在宅医療への評価	<p>○地方では必要にせまられて病院で在宅医療を担う必要があり、在宅医療への取組みを更に評価すべき。</p> <p>●当該医療機関の入院医療と直接は関係がなく、機能評価係数として評価が可能かどうかについてどのように考えるのか？</p> <p>●現行のDPCデータの調査に項目がないため、評価が困難であることについてどのように考えるのか？</p>	<p>●地域医療への貢献の評価について</p>	不可		<p>●当該病院で提供される入院医療とは、直接関係は無い機能で評価することについて、どう考えるか。</p>

(3) 医療法人 漢仁会 手稲漢仁会病院 副院長 櫻村 耀一 氏		基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
ア. 病院機能に対する評価	○民間医療機関が特定機能病院と同等或いはそれ以上の機能を有している場合に評価すべき。	●医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価 ●社会的に求められている機能・役割の評価			●特定機能病院と同等の基準について、どう考えるか。
イ. 政策医療(救急医療等)の評価	○政策医療については、補助金を受けているかどうかに関わらず、実態として同等の役割を担って医療を提供しているのであれば、同等に評価されるべきである。 ○救急では入院初期に多くの医療資源を投入するため、DPCによる診療報酬では、入院期間が非常に短いと不採算となる。 ○軽症から重症患者まで、全ての患者を受け入れる体制(空床確保、手術室確保)を評価すべき。 ○重症度によって評価すべき。 ○重症度の臨床指標を設定することが可能か検討する必要がある。 ○入院初期が不採算となることについては、診断群分類点数表の見直しで評価するべき。	●地域医療への貢献の評価	一部可 (但し、重症度の臨床指標の検討が必要。)	●例えばA300救命救急入院料、A205救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算で評価されている。	
ウ. 臨床研修に対する評価	○研修医数や研修プログラムの完成度等に応じて評価するべき。 ●研修にかかる費用を、診療報酬で評価することについて、どのように考えるのか? ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか?	●その他	不可	●例えば、A204-2臨床研修病院入院診療加算で、既に機能評価係数として評価されている。	
エ. 地域連携(支援)に対する評価	○地域連携は複雑・多様化しており、現行の紹介率だけではなく、よりきめ細やかな評価を行うべき。 ○小児・周産期医療について評価するべき。 ○在宅医療、家庭医療を評価するべき。 ●在宅医療については、当該医療機関の入院医療と直接は関係がなく、機能評価係数として評価することについてどのように考えるのか?	●地域医療への貢献の評価	一部可 (小児・周産期についてはデータはある。)	●例えば、B005-2地域医療連携計画管理料で評価されている。	
オ. 診療機能に対する評価(1) (患者の年齢構成や合併症、在院日数に応じた評価)	○患者の年齢構成(特に高齢者)、入院後合併症、在院日数短縮に対して評価するべき。 ○単に高齢者に対する評価ではなく、例えばせん妄の有無やADLの程度に応じて評価するべき。	●入院後合併症、在院日数短縮、医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価 ●患者の年齢構成: 地域医療への貢献の評価	一部可 (せん妄の有無は、入院時併存・入院後発症傷病名に記数があれば把握可能 ・ADLに係るデータはない。)		
カ. 診療機能に対する評価(2) (4疾病5事業、死因究明、細菌検査室、術中病理迅速診断に応じた評価)	○4疾病5事業、死因究明、細菌検査室、術中病理迅速診断に対して評価するべき。 ●他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか?	●4疾病5事業: 地域医療への貢献の評価 ●死因究明、細菌検査室、術中病理迅速診断: 医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	一部可 (術中病理迅速診断のデータはある。)	●例えば、N003術中迅速病理組織標本作製で評価されている。	

(4) 医療法人 近森会 近森病院 院長 近森 正幸 氏		基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
ア. チーム医療と地域医療連携の評価 ①チーム医療(NSTや病棟へのコメディカルの配置) ②地域医療連携	○NST(栄養サポートチーム)は合併症を予防し、労働生産性を向上することから、NSTを構成するコメディカルの病棟配置や介入患者数、コメディカルが作成する紹介状を評価するべき。 ○地域医療連携として、紹介率や逆紹介率、地域連携バスの個数、機器・施設の共同利用などを評価するべき。 ○転院や退院後支援のためMSW(医療ソーシャルワーカー)の役割は重要である。 ○人員配置ではなく、服薬指導や栄養指導等の行為毎に出来高で評価するべき。	●医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	DPCデータ以外で一部可 (但し、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士等は、病院報告の項目であり、各病院では把握しているが追加調査が必要)	●例えば、A233栄養管理実施加算、B008薬剤管理指導料等で評価されている。	
イ. 医療の質の向上 ①効率性指標による評価 ②医療安全と合併症予防の評価 ③複雑性指標による評価 ④医師、看護師、薬剤師等の人員配置による評価	○医療の質は、医療スタッフ数と相関する傾向にあり、医師、看護師、薬剤師等の人員配置により評価を行うべき。 ●既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか?	●医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等の評価	効率性指標: 可 複雑性指標: 可 医療安全と合併症予防: 一部可 (但し、A234医療安全対策加算の算定状況のデータはあるが、医療安全への取組み状況や合併症予防の状況のデータはない。) 人員配置: DPCデータ以外で一部可 (但し、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士等は、病院報告の項目であり、各病院では把握しているが追加調査が必要)	医療安全と合併症予防: ●入院基本料の施設基準では、医療安全管理体制の整備を要件としている。 ●例えばA234医療安全対策加算で、既に機能評価係数として評価されている。 人員配置: ●例えば、入院基本料において、看護配置に応じて評価されている。 ●例えば、A233栄養管理実施加算、B008薬剤管理指導料等で評価されている。	
ウ. 救急・重症患者の評価 ①救急患者 ②重症患者	○救急車による搬入数や救急入院患者数(即日入院患者数含む)により評価するべき。 ○看護必要度や重症度、高齢患者割合、全身麻酔の割合により評価するべき。 ○DICや多臓器不全等の医療資源の投入量が多い合併症等については評価するべき。 ○合併症により不採算となることについては、診断群分類点数表の見直しで評価するべき。	●地域医療への貢献の評価	一部可 (救急車による搬入数、全身麻酔の割合等についてはデータがある)	●例えばA300救命救急入院料、A205救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算で評価されている。 ●救急医療対策事業で評価されている。	
エ. 地域医療の充実	○4疾病5事業への対応状況について評価するべき。	●地域医療への貢献の評価	一部可 (・症例数: 評価可能 ・シェア: DPC病院のデータに限って評価するのであれば可能 ・医療計画での位置づけ: 不可)		

(5) 社会医療法人財団基泉会 相澤病院 院長補佐 宮田 和信 氏	基本的考え方との合致	DPCデータ等の活用	重複評価等の可能性	その他
ア. 地域医療支援病院の紹介率や逆紹介率等による評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 紹介率、逆紹介率を用いて、よりきめ細かく評価すべき。 ● 既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？ 	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療への貢献の評価 	<ul style="list-style-type: none"> 一部可 (他院からの紹介の有無や退院先がどこであるかのデータはある。) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 例えばA205地域医療支援病院入院診療加算で評価されている。
イ. 救命救急医療の評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域の実情により2次・3次救急や高度な専門医療に特化することが難しいので、1次から3次まですべての救急医療に対応していることを評価すべき。 ● 他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？ 	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療への貢献の評価 	<ul style="list-style-type: none"> 可 	<ul style="list-style-type: none"> ● 例えばA300救命救急入院料、A205救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算で評価されている。 ● 救急医療対策事業で評価されている。
ウ. 高齢者や精神科系疾患の合併患者、寝たきり患者等の受入れ状況による評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢化によって、せん妄やADLの低下(寝たきり)の割合が増加し、入院期間が長くなる傾向があり、DPCでは不採算となりやすいことを考慮すべき。 ● 年齢ではなく、合併症の有無等で評価すべき。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療への貢献の評価 	<ul style="list-style-type: none"> 一部可 (せん妄の有無は、入院時併存・入院後発症傷病名に記載があれば把握可能・ADLに係るデータはない。) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院全体の機能として評価することについて、どう考えるか。
エ. 地域医療連携の評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 登録医による検査・治療件数や在宅復帰率を用いることで、地域医療連携を評価すべき。 ● 電子カルテによる専用回線を用いた情報提供や情報共有、電子地域連携バスの利用等を行い、ITを活用して地域医療連携を行うことについて評価すべき。 ● OMSWIについて、在宅復帰率等の指標で質を担保しながら、評価すべき。 ● 他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？ 	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療への貢献の評価 	<ul style="list-style-type: none"> 一部可 (退院先がどこであるかのデータはある) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 例えばB005-2 地域医療連携計画管理料等で評価されている。
オ. 地域がん診療連携拠点病院の評価	<ul style="list-style-type: none"> ● がん患者であっても、がん診療連携拠点病院加算の対象とならない患者が多く、がん患者全体について評価すべき。 ● 他の診療報酬の項目や補助金等と、二重評価となる可能性があることについてどのように考えるのか？ 	<ul style="list-style-type: none"> ● 社会的に求められている機能・役割の評価 ● 地域医療への貢献の評価 	<ul style="list-style-type: none"> DPCデータ以外で一部可 (但し、がん対策推進基本計画により、各病院が指定を受けており、病院名の確認は可能) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 例えばA233-2がん診療連携拠点病院加算で評価されている。 ● がん対策推進基本計画で評価されている。
カ. マンパワーに係る評価	<ul style="list-style-type: none"> ● 医師や看護師以外のコメディカル及び事務職員の配置を評価すべき。 ● 単に病院に配置しているだけでなく、病棟に配置している場合に評価すべき。 ● 既に出来高で評価されている項目と、二重評価となる可能性についてどのように考えるのか？ 	<ul style="list-style-type: none"> ● その他 	<ul style="list-style-type: none"> DPCデータ以外で一部可 (但し、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士等は、病院報告の項目であり、各病院では把握しているが追加調査が必要) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 例えば、A233栄養管理実加法算、B008薬剤管理指導料等で評価されている。