

意見聴取を行う医療機関について

1. 病床について

	医療機関名	病床種別・数
1	医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院	医療保険病床数 547床 一般 481床(87.9%) 救命救急入院料 19床(3.5%) 特定集中治療室管理料 12床(2.2%) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 6床(1.1%) 小児入院医療管理料 29床(5.3%)
2	医療法人近森会 近森病院	医療保険病床数 338床 一般 294床(87.0%) 特定集中治療室管理料 24床(7.1%) ハイケアユニット入院医療管理料 20床(5.9%)
3	社会医療法人財団慈泉会 相澤病院	医療保険病床数 471床 一般 445床(94.5%) 救命救急入院料 10床(2.1%) 特定集中治療室管理料 4床(0.8%) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 12床(2.5%)

2. 症例数等について

病院類型	施設名	延べ患者数	平均在院日数	患者の平均年齢	救急車搬送有り	手術有り	化学療法有り
平成16年度 DPC対象病院	医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院	7,182	11.6	55.3	7.9%	52.4%	8.3%
平成18年度 DPC対象病院	医療法人近森会 近森病院	3,699	16.0	66.7	30.4%	44.7%	2.2%
平成18年度 DPC対象病院	社会医療法人財団慈泉会 相澤病院	5,728	14.2	65.3	24.2%	43.0%	3.0%
全DPC対象病院平均		3,593	15.4	56.6	12.2%	44.5%	9.5%
全DPC準備病院平均		1,933	15.6	58.4	13.2%	40.6%	8.5%

病院類型	施設名	平成20年度調整係数
平成16年度 DPC対象病院	医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院	1.2967
平成18年度 DPC対象病院	医療法人近森会 近森病院	1.0698
平成18年度 DPC対象病院	社会医療法人財団慈泉会 相澤病院	1.0551

※ 各データは、平成19年度DPC導入の影響評価に係る調査(7～12月退院患者のデータ)より集計

3.主な症例の診断群分類(DPC6桁分類)について(上位5位)

医療法人溪仁会手稲溪仁会病院

DPC6桁	疾患名	件数	割合
050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	393	5.5%
020110	白内障、水晶体の疾患	290	4.1%
140010	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害	230	3.2%
040040	肺の悪性腫瘍	220	3.1%
060050	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	185	2.6%

医療法人近森会 近森病院

DPC6桁	疾患名	件数	割合
050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	468	12.8%
010060	脳梗塞	252	6.9%
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	161	4.4%
050130	心不全	124	3.4%
160800	股関節大腿近位骨折	115	3.1%

社会医療法人財団慈泉会 相澤病院

DPC6桁	疾患名	件数	割合
040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	403	7.2%
050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	258	4.6%
060100	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	226	4.0%
010060	脳梗塞	219	3.9%
060035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	155	2.8%

※ 各データは、平成19年度DPC導入の影響評価に係る調査
(7~12月退院患者のデータ)より集計

病院機能係数の考え方について⑥

「包括払い方式が医療経済及び医療提供体制に及ぼす影響に関する研究」班
(H19-政策-指定-001)

ストラクチャー(構造)について

「病院機能係数の考え方」の考え方
 1. 病院機能係数の考え方
 2. 病院機能係数の考え方
 3. 病院機能係数の考え方

ストラクチャー(構造)

- 施設の物的基準一版大様式3による調査
- 望ましい5基準の状況: 救急医療、ICU、画像診断、麻酔、病理...
- 診療情報の質の評価: EFファイルの適切性、ICD10コーディング...

病院機能に対応した固定費的な要素を分析するために施設調査を行うことが必要

施設調査の概要(1)

施設調査項目	今回調査項目	調査項目	調査項目	調査項目	
1 総合診療科	○	2 内科	○	3 外科	○
4 産科	○	5 小児科	○	6 皮膚科	○
7 泌尿器科	○	8 呼吸器科	○	9 消化器科	○
10 眼科	○	11 耳鼻科	○	12 歯科	○
13 放射線科	○	14 検査科	○	15 薬剤科	○
16 看護科	○	17 理学療法科	○	18 作業療法科	○
19 言語聴覚科	○	20 臨床工学技士科	○	21 臨床検査科	○
22 放射線技士科	○	23 臨床検査技士科	○	24 臨床検査士科	○
25 臨床検査士科	○	26 臨床検査士科	○	27 臨床検査士科	○
28 臨床検査士科	○	29 臨床検査士科	○	30 臨床検査士科	○
31 臨床検査士科	○	32 臨床検査士科	○	33 臨床検査士科	○
34 臨床検査士科	○	35 臨床検査士科	○	36 臨床検査士科	○
37 臨床検査士科	○	38 臨床検査士科	○	39 臨床検査士科	○
40 臨床検査士科	○	41 臨床検査士科	○	42 臨床検査士科	○

施設調査の概要(2)

社会保険医療機関への施設基準届出の状況(平成29年4月現在): 概要
 調査するものとして今回調査した施設については次の2区分(プログラム)になっています

施設調査項目	調査項目	調査項目	調査項目	調査項目	
1 総合診療科	○	2 内科	○	3 外科	○
4 産科	○	5 小児科	○	6 皮膚科	○
7 泌尿器科	○	8 呼吸器科	○	9 消化器科	○
10 眼科	○	11 耳鼻科	○	12 歯科	○
13 放射線科	○	14 検査科	○	15 薬剤科	○
16 看護科	○	17 理学療法科	○	18 作業療法科	○
19 言語聴覚科	○	20 臨床工学技士科	○	21 臨床検査科	○
22 放射線技士科	○	23 臨床検査技士科	○	24 臨床検査士科	○
25 臨床検査士科	○	26 臨床検査士科	○	27 臨床検査士科	○
28 臨床検査士科	○	29 臨床検査士科	○	30 臨床検査士科	○
31 臨床検査士科	○	32 臨床検査士科	○	33 臨床検査士科	○
34 臨床検査士科	○	35 臨床検査士科	○	36 臨床検査士科	○
37 臨床検査士科	○	38 臨床検査士科	○	39 臨床検査士科	○
40 臨床検査士科	○	41 臨床検査士科	○	42 臨床検査士科	○

施設調査の概要(3)

施設調査の概要(3)

施設調査項目	調査項目	調査項目	調査項目	調査項目	
1 総合診療科	○	2 内科	○	3 外科	○
4 産科	○	5 小児科	○	6 皮膚科	○
7 泌尿器科	○	8 呼吸器科	○	9 消化器科	○
10 眼科	○	11 耳鼻科	○	12 歯科	○
13 放射線科	○	14 検査科	○	15 薬剤科	○
16 看護科	○	17 理学療法科	○	18 作業療法科	○
19 言語聴覚科	○	20 臨床工学技士科	○	21 臨床検査科	○
22 放射線技士科	○	23 臨床検査技士科	○	24 臨床検査士科	○
25 臨床検査士科	○	26 臨床検査士科	○	27 臨床検査士科	○
28 臨床検査士科	○	29 臨床検査士科	○	30 臨床検査士科	○
31 臨床検査士科	○	32 臨床検査士科	○	33 臨床検査士科	○
34 臨床検査士科	○	35 臨床検査士科	○	36 臨床検査士科	○
37 臨床検査士科	○	38 臨床検査士科	○	39 臨床検査士科	○
40 臨床検査士科	○	41 臨床検査士科	○	42 臨床検査士科	○

施設調査の概要(4)

施設調査の概要(4)

施設調査項目	調査項目	調査項目	調査項目	調査項目	
1 総合診療科	○	2 内科	○	3 外科	○
4 産科	○	5 小児科	○	6 皮膚科	○
7 泌尿器科	○	8 呼吸器科	○	9 消化器科	○
10 眼科	○	11 耳鼻科	○	12 歯科	○
13 放射線科	○	14 検査科	○	15 薬剤科	○
16 看護科	○	17 理学療法科	○	18 作業療法科	○
19 言語聴覚科	○	20 臨床工学技士科	○	21 臨床検査科	○
22 放射線技士科	○	23 臨床検査技士科	○	24 臨床検査士科	○
25 臨床検査士科	○	26 臨床検査士科	○	27 臨床検査士科	○
28 臨床検査士科	○	29 臨床検査士科	○	30 臨床検査士科	○
31 臨床検査士科	○	32 臨床検査士科	○	33 臨床検査士科	○
34 臨床検査士科	○	35 臨床検査士科	○	36 臨床検査士科	○
37 臨床検査士科	○	38 臨床検査士科	○	39 臨床検査士科	○
40 臨床検査士科	○	41 臨床検査士科	○	42 臨床検査士科	○

因子分析の結果

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
一般病床数	0.778	0.444	-0.056	-0.076	0.041	-0.150	0.022	0.044	0.080
地域医療支援病院	0.228	0.043	0.015	0.005	-0.123	0.037	0.721	0.079	0.131
災害拠点病院	0.068	0.022	-0.021	-0.068	-0.255	-0.016	-0.067	-0.058	0.168
がん診療連携拠点病院	0.482	0.397	0.050	-0.055	-0.330	-0.084	0.267	-0.016	0.174
救急医療院	-0.062	-0.048	-0.088	-0.074	0.107	-0.028	0.773	0.083	-0.059
救命救急センター	0.085	0.122	0.070	-0.012	-0.149	-0.108	-0.043	-0.019	0.024
特定機能病院	0.411	0.559	0.041	0.003	0.002	-0.070	-0.158	0.066	-0.335
診療科目	-0.100	-0.110	-0.042	0.023	-0.193	0.140	0.041	-0.158	-0.515
100床あたり医師数	0.489	0.582	0.137	-0.131	0.255	-0.013	-0.074	0.140	0.007
100床あたり研修医数	0.018	0.079	0.011	-0.010	0.155	0.001	0.137	0.212	0.044
100床あたり研修医数	0.614	0.381	0.058	-0.130	0.227	-0.015	0.026	0.049	0.078
100床あたり看護士数	-0.204	-0.048	0.015	0.036	0.224	-0.169	-0.106	-0.025	-0.085
MRI・腹腔鏡メックなどのハイテク機器	0.782	0.503	0.026	-0.091	0.021	-0.079	-0.014	0.151	0.073
MRI・CT・SPECTなどのハイテク診断装置	0.658	0.543	0.062	0.163	0.059	-0.287	-0.056	0.076	-0.043
ICU・ICU	0.645	0.261	0.045	0.049	0.052	-0.005	0.057	0.258	-0.205
看護士・放射線科	0.252	0.657	0.058	-0.073	0.015	-0.046	0.014	-0.027	-0.070
ICUなど	0.881	0.182	0.047	-0.011	0.100	-0.025	0.040	-0.006	-0.141
全患者に対する全麻の割合	0.230	0.227	0.694	-0.212	0.198	0.003	0.019	-0.051	0.108
CT・MRI検査/全患者数	-0.017	-0.022	0.215	0.041	-0.025	0.108	-0.014	-0.050	-0.067
迅速検査割合	0.266	0.648	0.058	-0.102	-0.021	-0.179	0.132	-0.101	0.261
休日・時間外・深夜患者割合	0.811	-0.118	-0.074	0.107	0.043	0.028	0.283	0.072	0.255
急性患者数	0.780	-0.128	-0.079	0.158	0.110	0.230	0.328	0.104	0.153
手術患者数	0.788	0.485	0.035	-0.094	0.119	-0.013	0.055	0.141	0.143
手術室別に占める外科手術患者割合	0.044	0.504	-0.135	0.388	0.079	-0.013	-0.208	0.254	0.140
分娩数	0.068	0.035	-0.078	-0.197	0.170	0.078	-0.065	-0.103	0.224
在院日数ベースのCMI	0.170	0.173	0.579	0.458	-0.027	-0.318	0.198	-0.173	0.042
出来高換算ベースのCMI	0.284	0.222	0.612	0.290	-0.009	-0.158	0.087	0.058	0.118
在院日数ベースの複雑性指標	-0.187	-0.142	0.817	0.188	-0.066	0.120	-0.101	0.005	-0.022
在院日数ベースの効率性指標	0.076	-0.018	0.253	0.055	0.148	0.882	0.045	0.002	0.095
出来高換算ベースの複雑性指標	-0.184	-0.168	0.852	0.255	0.007	0.161	-0.113	0.140	-0.053
出来高換算ベースの効率性指標	-0.293	-0.275	-0.176	-0.055	-0.041	0.820	-0.040	-0.135	-0.090
平均希少性係数	0.419	0.280	0.006	-0.548	0.027	-0.043	0.152	-0.238	-0.012
DPCC術心臓血管造影割合	0.081	-0.132	-0.070	-0.104	-0.069	-0.062	0.033	0.218	0.078
DPCC術が心臓血管造影	0.037	0.815	-0.175	-0.238	-0.062	-0.073	0.086	-0.245	0.248
DPCC術脳血管造影割合	-0.067	-0.111	0.129	0.892	0.021	0.128	-0.010	-0.090	-0.027
30分以内人口	0.086	0.021	-0.074	-0.027	0.793	0.005	-0.088	0.030	0.013
30分以内人口に占める65歳以上人口割合	-0.098	-0.092	-0.121	-0.111	-0.146	-0.071	-0.102	-0.026	-0.002

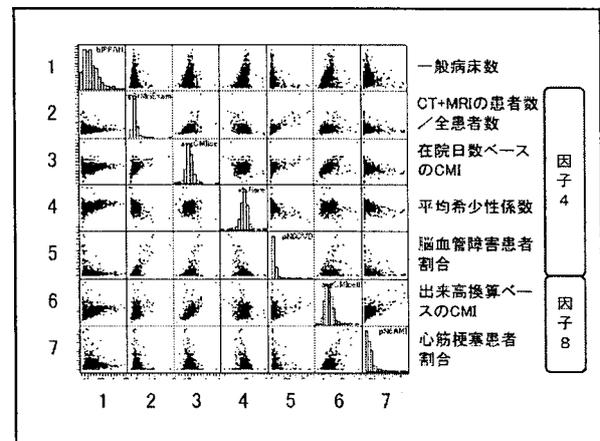
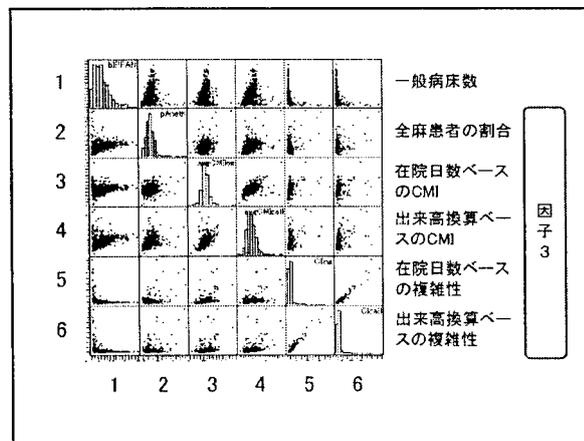
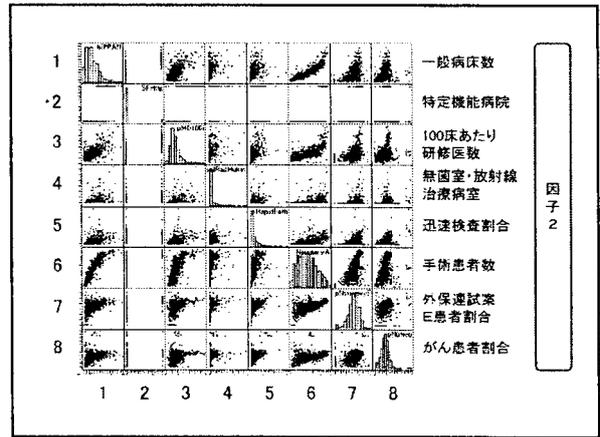
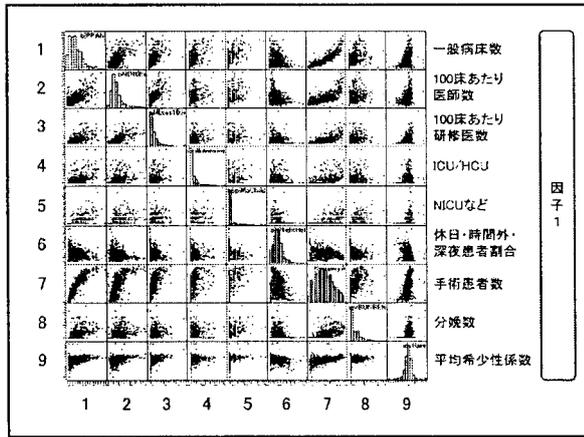
因子抽出法: 主成分分析 回転法: Kaiser-Meyer-Olkin法 寄与率: 71%

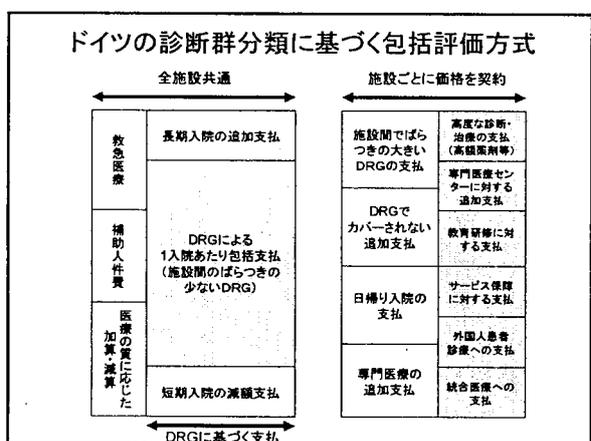
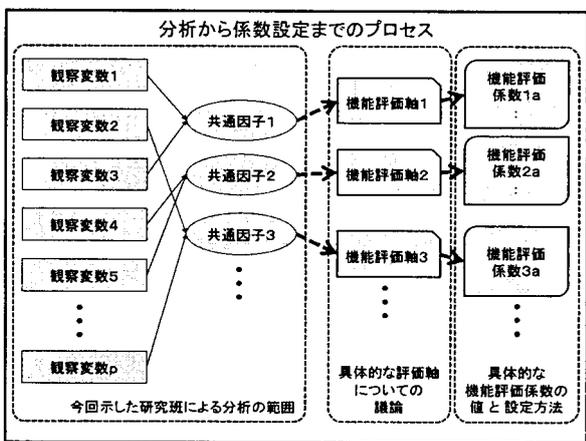
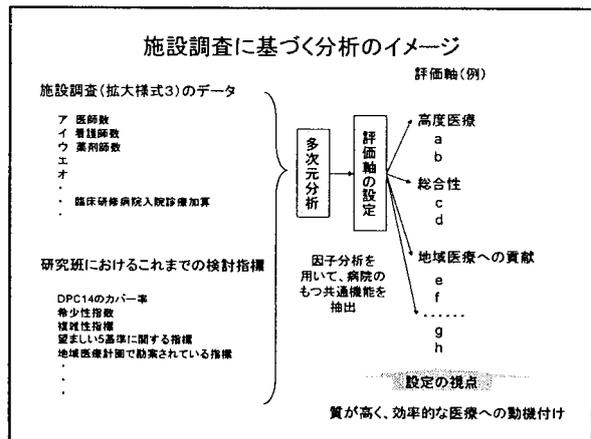
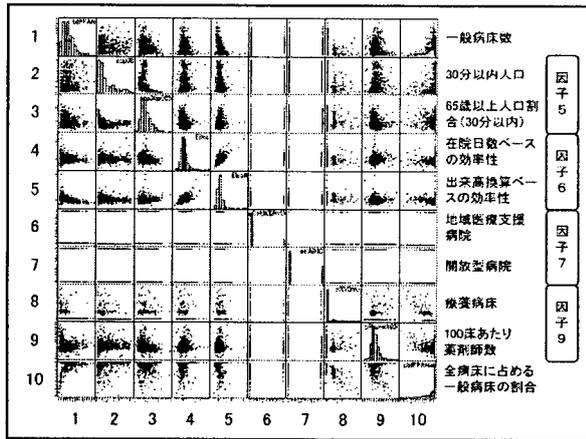
因子の解釈

因子1: 総合性
 因子2: 専門性(がん診療)
 因子3: 専門性(複雑性)
 因子4: 専門性(脳血管障害)
 因子5: 都市部の病院
 因子6: 効率性
 因子7: 地域連携
 因子8: 専門性(循環器疾患)
 因子9: 療養病床

因子の選択は固有値が1以上のものとした。
 因子の解釈にあたっては因子負荷量が0.400以上のものを、その因子と関連しているものと考えた。正負はその因子との関係の方向性を示す。

注: 因子の解釈はあくまで研究班で考えたものである。





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(案)

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 中医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
 - 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

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。

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 櫻村 暢一 氏
(今後記述予定)

- 医療法人近森会 近森病院 院長 近森 正幸 氏
(今後記述予定)

- 社会医療法人 慈泉会 相澤病院 院長補佐 宮田 和信 氏
(今後記述予定)

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

以下の点を考慮しつつ、提案された項目の絞り込みを行う。

- 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

具体的な項目の提案等について (経過報告(案))

- 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
- 検討していただきたい事項

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
ア. 部位不明・詳細不明コードの発生頻度による評価	<p>○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。</p> <p>○正確なデータ提出のために医療機関はかなりのコストをかけているので、DPC対象病院として正確なデータを提出していること自体の評価を検討すべき。</p>
(2) 効率化の評価	
ア. 効率性指数による評価	<p>○病院の総合的な能力及び効率性を評価できる。</p> <p>○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。</p> <p>○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、評価は慎重にするべき。</p> <p>○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。</p>
イ. 後発医薬品の使用状況による評価	<p>○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。</p> <p>○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2重評価となる。</p>

1 / 11 ページ

(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	<p>○標準的・効率的な医療を評価できる。</p> <p>○症例数が少なくとも標準的・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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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の評価すべき。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>
イ. 診療ガイドラインに沿った診療の割合による評価	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>
ウ. 標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価	<p>○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。</p> <p>○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。</p>

2 / 11 ページ

(4)医療の質の評価	
ア. 術後合併症の発生頻度による評価	<p>●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？</p> <p>○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。</p>
イ. 重症度・看護必要度による改善率	<p>○効果的な治療・ケアの評価が可能である。</p> <p>○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。</p>
ウ. 医療安全と合併症予防の評価	<p>○医療の安全に対する取組みや合併症の予防が進み、医療の質の向上が図られる。</p> <p>○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。</p> <p>○DPC対象病院だけでなく、全ての病院で評価すべき。</p>
エ. 退院支援及び再入院の予防の評価	<p>○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。</p> <p>●既に診療報酬の中で評価している項目との整合性及び2重評価の可能性についてどのように考えるのか？</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>

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	<p>○病院の総合的な能力及び効率性を評価できる。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>
イ. 副傷病による評価	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>
ウ. 診断群分類のカバー率による評価	<p>○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。</p> <p>●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？</p>
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)	<p>○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。</p> <p>○いわゆる専門病院が評価されにくい。</p> <p>○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。</p> <p>○既に診断群分類の中で評価されおり、改めて評価の必要はない。</p> <p>○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、希少性に注目するには意味がある。</p>

(2) 高度な機能による評価	
ア. 高度な設備による評価	<p>○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。</p> <p>○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。</p>
イ. 特定機能病院または大学病院の評価	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>
ウ. がん、治験、災害等の拠点病院の評価	<p>●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？</p> <p>●他の診療報酬の項目や補助金等と、2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？</p>
エ. 高度医療指数(診断群分類点数上位10%の算定割合)	<p>○高度な医療を提供している医療機関を評価できる。</p> <p>●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？</p>

5 / 11 ページ

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	<p>○地域医療への貢献度を評価することができる。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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、医療機関間の連携状況についても勘案すべき。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>
イ. 救急・小児救急医療の実施状況による評価	<p>○地域医療への貢献度を評価することができる。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○「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。</p> <p>○既に出来高で評価されている項目と、2重評価となる可能性がある。</p>

6 / 11 ページ

ウ. 救急医療における患者の選択機能の評価	<p>○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。</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>●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？</p>
エ. 産科医療の実施状況の評価	<p>○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。</p> <p>●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？</p>
オ. 地域医療支援病院の評価 カ. 地域中核病院の評価	<p>●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？</p> <p>●他の診療報酬の項目や補助金等と、2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？</p>
キ. 小児科・産科・精神科の重症患者の受け入れ体制の評価	<p>○地域医療への貢献度を評価することができる。</p> <p>○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。</p> <p>○社会的に必要な医療として、評価すべき。</p> <p>○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。</p> <p>●既に出来高で評価されている項目と、2重評価となる可能性についてどのように考えるのか？</p>
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	<p>○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。</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>

7 / 11 ページ

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	<p>○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。</p> <p>○コメ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。</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>
(2) 望ましい5基準に係る評価	
ア. ICU入院患者の重症度による評価	●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？
イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価	○連続的評価が可能か検討が必要である。
ウ. 病理医の数による評価	●既に出来高で評価されている項目であることから、2重評価とならないように留意すべき。
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	<p>●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？</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>
イ. 高齢患者数の割合による看護ケアの評価	<p>○高齢患者に対するケアを評価することができる。</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>
ウ. 入院患者への精神科診療の対応の評価	<p>○精神科診療の対応を評価することができる。</p> <p>●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、2重評価となる可能性についてどのように考えるのか？</p>

8 / 11 ページ

エ. チーム医療の評価	<p>○病院の医療提供体制を評価することができる。</p> <p>●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？</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>
-------------	---

5. 医療機関との意見交換について

(1)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	<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>
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？</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>
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棟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>
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>
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(地域連携パス・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>

(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>
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>
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>