

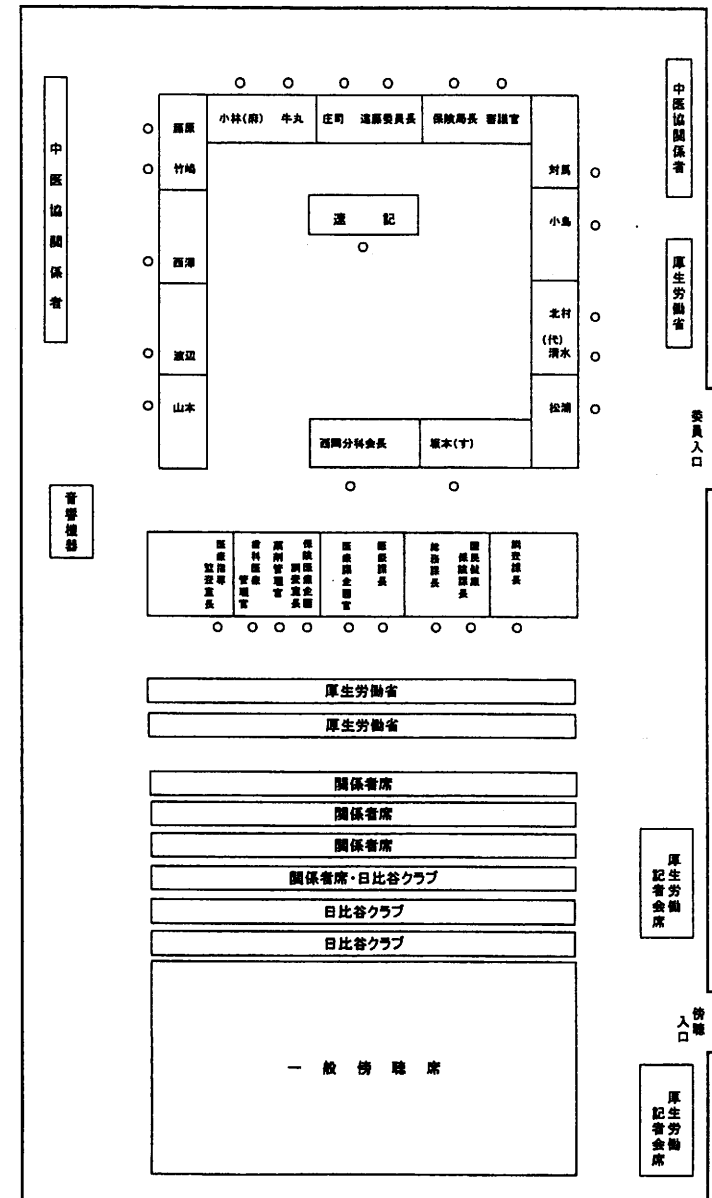
日時:平成21年2月25日(水)10:00~11:00(目途)
会場:厚生労働省 専用第18~20会議室 (17階)

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 (第129回)
議事次第

平成21年2月25日(水)
於 厚生労働省
専用第18~20会議室

議 題

- D P Cの在り方について
- 医療技術評価分科会について
- その他



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
 - 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 湊仁会 手稲湊仁会病院 副院長 榎村 暢 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増加
 - 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 宮山 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

		委員からの意見等
(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		○ 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。
(2) 効率化の評価		
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、評価は慎重にするべき。 ○ 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。
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。 ○ DPDC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。

(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		○ 標準的・効率的な医療を評価できる。 ○ 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。 ○ 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るべき。 ○ 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。
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。
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。

(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。</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対象病院だけではなく、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二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>

3 / 14 ページ

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ており、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、希少性に着目するには意味がある。</p>

4 / 14 ページ

(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、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？</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>

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、二重評価となる可能性がある。</p>

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、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？</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>●既に来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？</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>

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>○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。</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	○既に来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。
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来来高(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？</p>
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>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</p>	<p>○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。</p> <p>●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？</p> <p>●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？</p>
<p>カ. その他</p>	<p>○全体の事項として</p> <p>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</p> <p>②現行のDPC調査において、データが集められているか</p> <p>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。</p> <p>○その他、必要な事項。</p>

5. 医療機関との意見交換について

<p>(1)財団法人脳血管研究所附属美原記念病院 院長 美原 盛 氏</p>	
<p>ア. 急性期医療の提供体制に対する評価</p>	<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>イ. チーム医療の実践に対する評価</p>	<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>ウ. アウトカムを伴う効率化に対する評価</p>	<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>エ. 救急医療への対応実績に対する評価</p>	<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>オ. 政策的医療への対応実績に対する評価</p>	<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>

(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>

(3)医療法人漢仁会 手稲漢仁会病院 副院長 櫻村 暢一 氏	
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。
イ. 政策医療(救急医療等)の評価	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○重症度によって評価すべき。</p> <p>○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。</p> <p>○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べき。</p>
ウ. 臨床研修に対する評価	<p>○研修医数や研修プログラムの完成度等に応じて評価すべき。</p> <p>●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？</p> <p>●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？</p>
エ. 地域連携(支援)に対する評価	<p>○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。</p> <p>○小児・周産期医療について評価すべき。</p> <p>○在宅医療、家庭医療を評価すべき。</p> <p>●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？</p>
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)	<p>○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べき。</p> <p>○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べき。</p>
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)	<p>○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べき。</p> <p>●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？</p>

(4) 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属や介入患者数、コメディカルが作成する紹介状を評価すべき。 ○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べき。
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増加 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?
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べき。
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べき。

13 / 14 ページ

(5) 社会医療法人財団慈恵会 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	○照会率、逆照会率を用いて、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?
イ. 救命救急医療の評価	○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?
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	○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。
エ. 地域医療連携の評価	○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。 ○MSWI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?
オ. 地域がん診療連携拠点病院の評価	○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?
カ. マンパワーに係る評価	○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?

14 / 14 ページ

次期診療報酬改定に向けた医療技術の評価・再評価に係る
評価方法等について（案）

概要

次期診療報酬改定に向けた新規医療技術の評価及び既存技術の再評価を実施するにあたり、当分科会において評価方法等について検討する。

医療技術評価分科会においては、平成15年度より学会等に技術評価希望書の提出を求め、医療技術評価の参考にしてきたところであるが、平成20年度改定においては、臨床医を中心としたワーキンググループによる一次評価及び当分科会における二次評価を行い、中央社会医療協議会基本問題小委員会へ報告した。次期改定においても、平成20年度改定と同様に下記のとおり実施してはどうか。

1. 分科会における評価対象技術

分科会における評価対象技術は、原則、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第13部（病理診断）、又は歯科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部（在宅医療）から第14部（病理診断）に該当する技術として評価されている又はされることが適当な医療技術とする。

2. 分科会において評価対象とする評価提案書

以下の学会から提出された評価提案書（別紙）について評価を実施する。

- 日本医学会分科会、内科系学会社会保険連合、外科系学会社会保険委員会連合、日本歯科医学会分科会（認定分科会含む）の何れかに属する学会、日本薬学会、並びに看護系学会等社会保険連合

3. 評価方法

評価は2段階で実施する。

- （1次評価）臨床医を中心としたワーキンググループを設置し、専門的観点から当該技術に係る評価を実施。技術評価分科会の委員はいずれかのワーキンググループに属する。ワーキンググループは原則非公開とする。
- （2次評価）1次評価結果において高く評価された一定数以上の技術を対象に、医療技術評価分科会全体会合において、より幅広い観点から評価を実施。

4. 評価結果の取り扱い

評価結果は中央社会保険医療協議会基本問題小委員会に報告する。

5. 実施スケジュール

平成21年3月上旬	提案書配布
6月19日	提出締め切り、重複・兼事法などの確認
7～9月	ワーキンググループによる評価
10月以降	1次評価終了、技術評価分科会にて2次評価 評価結果を中央社会保険医療協議会基本問題小委員会に報告

医療技術評価提案書（保険未記載技術用）【概要版】

申請団体名 _____
 代表者名 _____
 提出年月日 平成21年 月 日

- ※ 表紙にはポイントのみを、本紙に際して記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載し、1枚に収めること。欄外には記載しないこと。
- ※ 保険既記載の技術であっても、対象疾患の適用拡大等に関する評価である場合は、本用紙を用いること。
- ※ 技術そのものが新設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、「保険既記載技術用」を用いること。

技術名	
技術の概要	
対象疾患名	
保険記載の必要性のポイント	
【評価項目】	
①有効性 ・治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 ・エビデンスレベルの明確化	エビデンスレベル: I II III IV V VI *エビデンスレベルについては別紙参照の上記載すること
②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	
③普及性 ・年間対象患者数 ・年間実施回数等	年間対象患者数 _____ 人 年間実施回数(1人当たり) _____ 回
④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性・施設基準等)	
⑤倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	
⑥妥当と思われる診療報酬の区分 (1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
妥当と思われる点数及びその根拠 (新設の場合)	点数 _____ 点
⑦代替する保険既記載技術との比較	当該技術の導入より代替される既記載技術 無・有 (区分番号と技術名 _____)
・効果(安全性等を含む)の比較	
・費用の比較	
⑧予想される医療費への影響(年間)	予想影響額 _____ 円 増・減 *増加と記載されたことにより技術への評価が変わるものではない
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険記載に伴い減少が予想される医療費 (費用-効果分析などの経済評価を実施していただく可)	
⑨その他	

医療技術評価提案書（保険未記載技術用）【詳細版】

申請団体名 _____
 代表者名 _____
 提出年月日 平成21年 月 日

- ※ 表紙に記載した内容の背景、根拠、算術方式等についても表紙上層として記載する。
- ※ 本紙に際して記載されている様式を変更することなく、空欄を埋める形で記載すること。欄外には記載しないこと。
- ※ 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

技術名	
技術の概要	
対象疾患名	
保険記載の必要性のポイント	
【評価項目】	
①有効性 ・治癒率・死亡率・QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 ・エビデンスレベルの明確化	エビデンスレベル: I II III IV V VI *エビデンスレベルについては別紙参照の上記載すること
②安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	
③普及性 ・年間対象患者数 ・年間実施回数等	年間対象患者数 _____ 人 年間実施回数 _____ 回
④技術の成熟度 ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性・施設基準等)	
⑤倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	
⑥妥当と思われる診療報酬の区分 (1つに○)	C在宅・D検査・E画像・F投薬・G注射・Hリハビリ・I精神・J処置・K手術・L麻酔・M放射線・N病理・その他
妥当と思われる点数及びその根拠 (新設の場合)	点数 _____ 点
⑦代替する保険既記載技術との比較	当該技術の導入より代替される既記載技術 無・有 (区分番号と技術名 _____)
・効果(安全性等を含む)の比較	
・費用の比較	

⑧予想される医療費への影響（年間）	予想影響額 円 増・減 *増加と記載されたことにより技術への評価が変わるものではない
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費 (費用-効果分析などの経済評価を実施していれば記載可)	
⑨当該技術の海外における公的医療保険（医療保障）への収載状況	
⑩当該技術の先進医療としての取扱い	当該技術は先進医療として a. 承認を受けている b. 届出されたが承認されなかった c. 届出中 d. 届出ばしていない e. 把握していない
その他	
関係学会、代表的研究者等	
担当者、連絡先（住所、電話番号、ファックス番号、E-MAIL）	

- ⑪当該技術に医薬品を用いる場合、その主なものの内容を記載
* 薬事法内容等不明な場合は添付文書を読むか、製造販売会社等に関問い合わせること。

名称（販売名、一般名）	薬事法の承認の有無	薬事法の「使用目的、効能又は効果」	薬価収載（保険収載）の有無
	有・無 (承認番号)		有・無
	有・無 (承認番号)		有・無
	有・無 (承認番号)		有・無
	有・無 (承認番号)		有・無

- ⑫当該技術に医療機器を用いる場合、その主なものの内容を記載
* 薬事法内容等不明な場合は添付文書を読むか、製造販売会社等に関問い合わせること。

名称（販売名、一般名）	薬事法の承認の有無	薬事法の「使用目的、効能又は効果」	保険収載の有無	特定保険医療材料
	有・無 (承認番号)		有・無	該当・非該当 ↓ 番号： 名称： 価格：
	有・無 (承認番号)		有・無	該当・非該当 ↓ 番号： 名称： 価格：
	有・無 (承認番号)		有・無	該当・非該当 ↓ 番号： 名称： 価格：
	有・無 (承認番号)		有・無	該当・非該当 ↓ 番号： 名称： 価格：