

診療報酬調査専門組織 (DPC評価分科会) 座席表

(日時) 平成23年5月30日 (月) 15:00~17:00

(会場) 厚生労働省専用第18・19・20会議室 (17階)

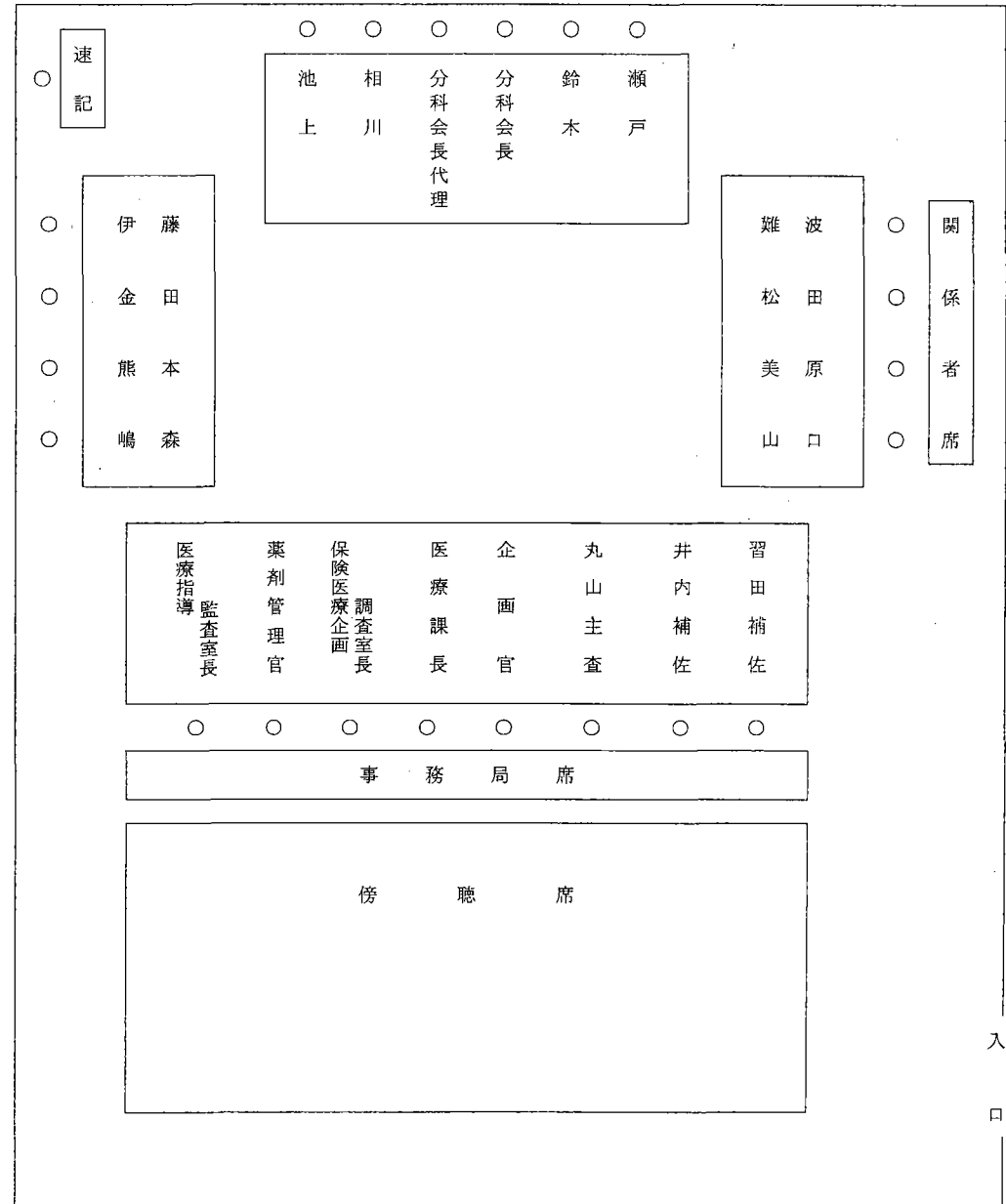
平成23年度 第2回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

日時：平成23年5月30日 (月) 15:00~17:00

場所：厚生労働省専用18~20会議室(17階)

議事次第

1. 平成23年4月14日DPC評価分科会 検討概要 (検討事項と主な意見等)
2. DPC/PDPSにおける高額薬剤の取扱いに係るヒアリングの実施について
3. 医療機関群の設定について (2)



# 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会委員一覧

## <委員>

氏名	所属等
相川 直樹	慶應義塾大学名誉教授
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 総合研究センター 臨床研究統括部長
緒方 裕光	国立保健医療科学院 研究情報支援研究センター長
金田 道弘	社会医療法人緑社会理事長兼金田病院長
熊本 一朗	鹿児島大学附属病院長・鹿児島大学医療システム情報学教授
◎ 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名誉院長
酒巻 哲夫	群馬大学医療情報部教授
鈴木 洋史	日本病院薬剤師会常務理事・東京大学医学部附属病院薬剤部教授
嶋森 好子	社団法人東京都看護協会会長
瀬戸 泰之	東京大学大学院医学系研究科消化管外科学教授
難波 貞夫	富士重工業健康保険組合総合太田病院病院長
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
三上 裕司	日本医師会常任理事・特定医療法人三上会 総合病院東香里病院理事長
美原 盤	財団法人脳血管研究所附属美原記念病院院長
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

平成 23 年 4 月 14 日 DPC 評価分科会 DPC 制度に係る検討  
「高額薬剤等の取扱い」、「医療機関群の設定」に関する検討概要  
(検討事項と主な意見等)

① 高額薬剤等の取扱いに係る論点について (D-6-1)

○ 新たに保険導入又は効能追加がなされた高額薬剤について平均+1SD を超える場合は出来高算定とする、いわゆる1SDルールに関連して、1SDルールが適用された薬剤がその後の改定でどのような対応がなされているか照会され、事務局より必ずしも全て包括されていないことが示された。

また、ジェネリックのような著しく低薬価のものが収載された場合の対応も同様に検討するべきではないかとの指摘がなされたが、薬剤費も含め包括範囲の評価は診療報酬改定時に見直すのがこの制度の原則であるところ、著しい高額薬剤は1SDルールで例外対応しないと実質的に使用できない弊害を回避するための措置、との制度趣旨の説明により理解が得られた。

○ 約2,500あるDPC(診断群分類)のうち、約1,000分類、患者数で1割が包括払い対象外として支払いで使用されていないが、このまま放置するのは問題ではないか。分類を精緻化する、という対応ではなく、むしろより大きな分類にすることでバラつきが吸収され包括報酬が設定できるのではないかという指摘があった。

これに対して、日本のDPCは臨床家の理解を得るため、臨床的分類、臨床診断を主軸に分類しており、支払いのために大きくくりで分類することは現場に受け入れられない、同じ治療法であっても対象とする疾患概念が異なれば区別すべきとの主張すらある、との見解が示された。

更に、これに対しては、DPCとDPC/PDPSとは異なるものではあるが、実務上一体として運営されており、もう少し折り合う余地があるのではないか、すなわち、高額薬剤や抗がん剤のレジメンなど、それぞれが臨床的には違うということ容認するなら包括化はますます困難になり、臨床的な部分のみにこだわる限り解決できない、との見解も示された。

② 医療機関群の設定について (1) (D-8)

○ 大学病院やケアミックス病院など、医療機関を機能別に分類した上で、それぞれの医療機関群について出来高実績データを分析しながら検討を進めるべき、との指摘がなされ、それについてはコンセンサスが得られた。

更に、基礎係数に機能評価係数Iと機能評価係数IIを加えることにより、どの程度変化するのかをしてみる必要があるとの指摘もなされた。

- 可能な限り統合された医療機関群を設定する必要性は理解できるが、例えば大学病院であっても、国立大学病院や私立大学病院、或いは地域の大学病院など、大学病院としての多様性が必要であり、大学病院が診療の上で画一的になっていくのは好ましくないことから、医療機関群の検討は慎重に行うべきとの指摘があった。

これに関連して、医療機関群の設定においては、同一の医療機関群に所属する全ての医療機関が画一的であるべきとの視点から行うものではなく、一定程度の標準化や効率化が促進されるという視点で設定するという認識が事務局から示され、これについては概ね共通の認識として理解が得られた。また、大学病院としての多様性については、機能評価係数Ⅰや機能評価係数Ⅱにより評価するという側面も重要との見解も示された。

- 社会医療法人は4疾病5事業のうち不採算部門として自治体病院が担ってきた5事業を行う医療機関として制度化され、機能的にも明確であることから、医療機関群として設定すべきとの意見が示された。

これに対して、社会医療法人などの制度上の位置付けのある医療機関群を基軸としつつも、事実（データ）に基づいて分析・議論することが重要との指摘もなされた。

- また、ドイツにおける事例も参考に、運用の手法として、実際に支払いに使用する前の段階で、係数1単位当たりの目標値のような金額を示してそこに収束するようなインセンティブを付ける、といった具体性のある対応をしないと制度の進展が望めないとの指摘もなされた。

- これらの議論を踏まえ、大学病院本院について独立した医療機関群を設定するという提案については、今後の検討に取り組むための端緒としては適切ではないか、との見解が示され、合意が得られた。

- 今後の検討に関連して、4疾病5事業に関連する集計や外保連試案の難易度に基づく集計について検討するよう要望がなされた。

また、医師養成機能の評価については、基礎係数の医療機関群設定に関連する分科会での議論や検討の一つの視点でしかなく、医師養成機能を保険財源で評価するといった中医協で本来なされるべき検討とは全く異なることも改めて明確化された。

## DPC/PDPSにおける高額薬剤の取扱いに係る ヒアリングの実施について

### 1. 趣旨

抗がん剤を含めた高額薬剤等のDPC/PDPSにおける取扱いの在り方を検討するため、関係有識者からの意見聴取（ヒアリング）を実施。

### 2. 日程等

- (1) 平成22年6月13日（月）
- (2) 意見聴取と意見交換を合わせて3時間弱を予定

### 3. 対象者（全7名、各10分程度のプレゼンテーションを予定）

対象施設等	所属	名前（敬称略）	役職
大学病院	大阪医科大学	瀧内 比呂也	化学療法センター長 第二内科准教授
大学病院	東京医科歯科大学	宮坂 信之	病院長 膠原病・リウマチ内科教授
がん専門病院	国立がん研究センター中央病院	島田 安博	消化管内科長
がん専門病院	国立病院機構四国がんセンター	江口 久恵	薬剤科長
地域中核病院	倉敷中央病院	小笠原 敬三	病院長
地域中核病院	市立豊中病院	片桐 修一	病院長
審査支払機関	社会保険診療報酬支払基金	井原 裕宣	医科専門役

### 4. ヒアリング項目

各出席者から、以下の事項について意見聴取の後、意見交換を行う。

- (1) DPC/PDPSで問題となる高額薬剤の実例
- (2) 同一DPC（診断群分類）におけるバラツキの実情
  - ① 患者レベルのバラツキ（個別患者ごとの薬剤やregimenの違い）
  - ② Regimenの種類によるバラツキ（同一薬剤であってもregimenが異なる）
  - ③ 施設間のバラツキ（医療機関の特性（難症例の紹介患者が多く集まる、他院より短期退院をしやすい環境がある等）や運営方針の違い）
- (3) 現行制度に関する指摘・提言等
  - ① 主要regimen毎にDPCを設定している現行方式について
  - ② 新薬等のDPCにおける高額な薬剤等への対応ルール（いわゆる「平均+1SDルール」）について
  - ③ その他

## 医療機関群の設定について（2）

### 1. これまでの議論を踏まえた今後の検討

前回（平成 23 年 4 月 14 日）の DPC 評価分科会での検討を踏まえ、今後、次のような検討を進める。

- 大学病院本院については独立した医療機関群として設定することを検討し、更に、大学病院本院以外の病院について、医療機関群設定の在り方を今後検討する。
- これらの検討に当たっては、①機能的な視点及び②診療実績データ（出来高実績データ）の視点の2つの視点から検討を進める（下記）。

<医療機関群設定の視点>（平成 23 年 4 月 14 日（D-8）の検討結果を再整理）

#### ① 機能的な視点

- 医療機関群に共通する機能や役割、診療特性等から見て、同様な機能的特性を有する医療機関群について、同程度の医療の標準化や効率化を促進する観点から分類を検討。
- 同一の医療機関群に属する全ての医療機関が、画一的な医療機関であるべきという考え方に基づくものではない。
- 医療機関群内の各医療機関の多様性については、基本的には基礎係数ではなく機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱで評価。

#### ② 診療実績データ（出来高実績データ）の視点

- 診療実績データ（出来高実績データ）に関する分散（バラつき）が一定程度の範囲に抑えられることが必要。
- 但し、実際の制度導入においては、今後検討する激変緩和策や機能評価係数Ⅰ・Ⅱによる補正も含め、全体として最終的なバラつきがどの程度集約できるものか否かを見極めながら検討を進めることが不可欠。

## 2. 大学病院本院以外の医療機関（1,369 病院）に関する具体的な検討

### （1）機能的な視点

#### ① 医療機関群設定において検討する機能（機能類型）の再整理

- これまで提示された主な医療機関の類型（下記参照）や分科会での指摘事項を参考に、今後、機能的な視点から更に検討すべきタイプの考え方は、以下のように再整理できるものと考えられる。
- なお、これらのタイプの多くは、同一の医療機関が重複して該当することから、今後の検討においてはその点に留意しつつ、最終的な医療機関群の設定において、これらの優先順位等、設定の考え方も併せて整理する必要がある。

【参考：前回（平成 23 年 4 月 14 日）検討で例示または指摘された類型

<制度上の位置づけのある医療機関群>

- 特定機能病院
- 大学病院本院（特定機能病院である大学病院）
- 国立高度専門医療研究センター（ナショナルセンター）
- 地域医療支援病院
- 社会医療法人
- がん診療連携拠点病院（都道府県・地域）
- 臨床研修指定病院

<制度上の位置づけは必ずしも明確でないが、診療機能として他の医療機関との違いがあると考えられる医療機関群>

- 小児専門病院（小児入院管理料算定施設等）
- ケアミックス病院（療養病床併設医療機関等）

#### A) 医師研修機能（国立高度専門医療研究センター、臨床研修指定病院等）

- ・ 医師研修機能を果たす施設では、医療システム全体における医療の均てん化過程において、通常の保険診療を実施する中で、実地診療を担う臨床医の養成機能を同時に果たしていると考えられる。
- ・ 当該医療機関の多くは、それ以外の医療機関と比較して、同一 DPC の患者であっても、より手厚い人員体制を必要とする医療の提供が行われる等、促進される標準化・効率化の程度が異なるのではないかと考えられる。

B) 特定の疾患に関する拠点機能（がん診療連携拠点病院等）

- 特定の疾患治療に関する地域の中核病院としての役割が期待されている病院類型、具体的には、がん診療連携拠点病院や認知症疾患医療センターについて、例えば、がん診療連携拠点病院は全国どこでも質の高いがん医療を提供することができることを目的に整備され、専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の構築、がん患者に対する相談支援及び情報提供等を行っている。
- しかし、これらの大半の施設は、がん患者以外の疾患治療も担う総合医療機関として機能しているのが実態である。（366のがん診療連携拠点病院中、悪性腫瘍のDPCの選択率が40%を超える病院は19病院）。
- また、標準化・効率化の程度の評価はDPC単位の包括評価の中で行われるが、最終的な基礎係数の評価は全DPCに係る評価に集約される（患者構成は補正される）ため、次項の専門医療提供機能と同様、疾患に着目した類型は、診療機能全体を反映する基礎係数の病院類型としては、基本的には適切ではないと考えられる。

C) 特定の疾患（又は診療分野）医療に特化した専門医療提供機能

- 特定のMDCに症例が集中しているような専門病院（循環器・脳血管系専門病院、整形外科系専門病院等）についても、前項の特定の疾患に関する拠点機能と同様、標準化・効率化の程度の評価はDPC単位の包括評価の中で行われるが、最終的な基礎係数の評価は全DPCに係る評価に集約される（患者構成は補正される）ため、前項の拠点機能と同様、疾患に着目した類型は、基本的には適切ではないと考えられる。

D) 小児医療提供機能（小児専門病院）

- こども病院など小児医療に特化した診療を行う医療機関は、一般医療機関で対応困難な小児疾患について診断・治療する等地域小児医療の中核的役割を担っている。
- 特に同一DPCであっても成人と小児とでは標準化や効率化の程度は異なると考えられ、一般成人を主として対象とする医療機関とは、平均在院日数や診療密度など促進される標準化・効率化の程度は異なるのではないかと考えられる。



E) 他病棟との連携機能（ケアミックス病院）

- ・ 同一医療機関内に DPC/PDPS 対象病棟と慢性期病棟等のその他の病棟を併設した院内連携体制を有する医療機関と、そうでない医療機関とでは、促進される標準化・効率化の程度は異なるのではないかと考えられる。

F) その他（地域医療支援病院、社会医療法人立の病院）

- ・ 地域医療支援病院は「地域における医療の確保のために必要な支援（医療法第4条より）」を行う機能を有する病院として、主として地域における診療所等の外来機能との連携を重視した制度である。
- ・ また、社会医療法人は、医療機関に対して小児救急医療、災害医療、へき地医療等を行う事を義務づける一方で、収益事業等を行う事を認めることにより医業経営の安定化を促し、地域において必要とされる医療を安定的に提供することを目的とした制度である。
- ・ これらはいずれも、当該医療機関の地域医療に対する支援等の役割や税制等に関する制度的対応を主とするものであり、基本的診療機能を反映した基礎係数の設定において考慮すべき病院類型としてとらえることは必ずしも適切ではないと考えられる（今後の機能評価係数Ⅱ・地域医療係数の検討等において改めて整理することがより相応しいものと考えられる）。

G) その他（外保連試案手術難易度、4疾病5事業に係る実績、特定 DPC に着目した診療機能の評価など）

- ・ 医療機関群の設定に係るこれまでの分科会の検討において、これらの指標について提示や指摘がなされてきた。
- ・ しかし、これらについては、前述の特定の疾患に関する拠点機能等と同様、最終的な基礎係数の評価が全 DPC に係る評価に集約される（患者構成は補正される）ため、特定の疾患や診療科に着目した類型は、基本的には適切ではないと考えられる。
- ・ また、これらの指標が提示された背景には、高度な医療提供の機能や地域医療における役割、といった視点を二次的に代替していると考えられることから、これらについては医師研修機能に着目した医療機関群による対応、あるいは機能評価係数Ⅱによる対応などと合わせた全体像の中で整理することが適当と考えられる。

③ 今後優先的に検討すべき医療機関群の設定に係る機能類型（案）

上記の再整理から、今後優先的に検討すべき医療機関群の設定に係る機能類型は、次の3つに整理されるものと考えられる。

- 1) 医師研修機能
- 2) 小児医療提供機能
- 3) 他病棟との連携機能

(2) 診療実績データ（出来高実績データ）の視点

① 基礎係数に係る評価指標

- 基礎係数（基本的な診療機能）に係る医療機関群の設定を行うにあたっては、機能的な視点から設定した医療機関群について、診療実績データ（出来高実績データ）に基づき、包括範囲に係る標準化や効率化に関する評価を行う（検証する）ことが必要である。
- その際の指標としては、DPC/PDPSにおける基礎係数（医療機関係数の一部）の役割を踏まえ、包括範囲に相当する1日当たり出来高点数を中心に評価することが適当である。

② 医療機関群の設定に係る具体的な指標の候補（案）

- 今後検討する、医療機関群を具体的に規定（定義）する指標は、前述の3つの機能類型それぞれに対応して、以下の指標が考えられる。

医療機関群の設定に係る具体的な機能類型（案）		評価指標の候補（案）
	対応する病院類型等の例	
1) 医師研修機能	(特定機能病院) (大学病院本院) 国立高度専門医療研究センター 臨床研修指定病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 臨床研修指定病院の指定</li> <li>● 医師数と病床数の比</li> </ul>
2) 小児医療提供機能	小児専門病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 小児入院医療管理料算定病床のDPC/PDPS算定病床に占める割合</li> <li>● 全患者に対する15歳未満患者の割合</li> </ul>
3) 他病棟との連携機能	ケアミックス病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 併設病棟種類による分類</li> <li>● DPC/PDPS算定病床数とそれ以外の病床数の比</li> </ul>

- なお上記においては、必ずしも既存制度上の類型や要件に限定せず、それ以外の適切な評価指標（定義）が考えられる場合には、それらも併せて検討することとしている。

### 3. 現時点での予備的な集計（参考）

- 前述の検討及び整理に基づき、今後の追加集計や特別調査を踏まえた上で更に医療機関群の設定方法については詳細に検討するという前提で、現時点で把握できている既存データにより集計可能な内容について予備的に集計したものを以下にまとめた。（結果は別紙1）

#### <集計データ>

- 全て平成 22 年改定で使用したデータベースをもとに集計（1,310 病院）
- 1 日あたり平均点数について、素データに加え、それぞれ以下の 2 通りの補正を行い評価（併せて、平均在院日数、1 入院あたり平均点数も参考値として集計）

#### ① 全 DPC 対象病院の平均的な診療実績で補正（直接法による補正）

各病院の患者構成を用いて、全国平均の指標を用いて補正したもの。つまり、全 DPC 対象病院の平均的な診療実績をもつ仮想の病院群が、評価対象となっている病院群の患者を診療した場合にどのような結果となるか推定した値であり（内的要因を補正している）、患者構成の差（重症度の差）を評価するのに適している。

#### ② 指標を全 DPC 対象病院の平均的な患者構成で補正（間接法による補正）

全 DPC 対象病院の平均的な患者構成を使用して各病院群の指標を補正したもの。つまり、各病院群が全 DPC 対象病院の平均的な患者構成に対して診療を行った場合にどのような結果となるか推定した値であり（外的要因を補正している）、各医療機関群内の要因を評価するのに適している。

- 今後検討する候補である 3 つの機能類型のうち、1) 医師研修機能について臨床研修指定病院 VS それ以外、3) 他病棟との連携機能についてケアミックス病院（※） VS それ以外、について既存データに基づき集計

※ 診療報酬上規定されている入院基本料・特定入院料（別紙2）の中で、病棟の性質からDPC/PDPS算定病棟との連携により診療の効率化が促進されると考えられる病棟は、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション入院料、亜急性期入院医療管理料を算定する病棟と考えられることから（別紙3）、今回はこれらの入院基本料・特定入院料を算定する病棟のいずれかが併設されている医療機関をケアミックス病院として集計した。

#### 4. 論点

##### （1）大学病院本院以外の医療機関における医療機関群の検討方針

- 今後、まず、1) 医師研修機能、2) 小児医療提供機能、3) 他病棟との連携機能、の3つの機能類型について具体的に検討してみてもどうか。【2.（1）②】
- 上記検討に際して、考えられる評価指標はどのようなものが適切か。【2.（1）②の表】

##### （2）当面の検討作業

- 今後の基礎係数に係る医療機関群設定の検討作業については、まず、上記（1）に関連し、医師研修機能について検討する、という前提で、各医療機関における経験年数別（医師免許取得後年数別）医師数の追加調査を実施し、その結果を含めた分析・検討を行ってはどうか。

## 医療機関群の設定について (2) 別紙1

### 大学病院本院以外の集計・分析結果 (箱ひげ図)

以下の指標とカテゴリーについて集計を行った。

#### <指標>

- 1日あたり平均点 (出来高範囲包括点数)
- 平均在院日数 (DPC算定病棟のみ)
- 1入院あたり平均点 (出来高範囲包括点数)

及びこれら3指標を2通りの値で補正した値 (補正方法は別紙1参照)

#### <カテゴリー>

- 臨床研修指定病院  
A204-2 臨床研修病院入院診療加算の算定の有無で集計
- ケアミックス病院  
療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション入院料、亜急性期入院医療管理料を算定する病棟を有している病院と定義して集計

## 各指標の補正方法について

① 指標を全 DPC 対象病院の平均値で補正(直接法による補正)

例) 1入院あたり平均点数(包括範囲出来高点数)の場合

「当該医療機関(A病院)の患者構成」と「全 DPC 対象病院の1入院あたり平均点数」を診断群分類毎に掛け合わせて算出する(全 DPC 対象病院平均の能力をもった病院がA病院の患者を診療したと仮定した場合の推定値を計算する)。

DPC	A 病院		全 DPC 対象病院	
	件数	1 入院あたり 平均点数	件数	1 入院あたり 平均点数
010010xx99x00x	29	25,500	2,926	26,544
010010xx99x01x	13	26,000	1,327	27,000
010010xx99x1xx	9	26,500	970	27,500
010010xx99x2xx	4	26,400	454	26,800
xxxxxxxxxxxxxxxx	xx	xx	xx	xx
合計(全 DPC)	2,931	84,624,213	490,312	11,954,429,256
平均(全 DPC)		28,872		24,381

DPC	① A 病院の件数	② 全 DPC 対象病院 1 入院あたり 平均点数	①×② A 病院の件数× 全 DPC 対象病院 1 入院あたり平均点数
010010xx99x00x	29	26,544	769,776
010010xx99x01x	13	27,000	351,000
010010xx99x1xx	9	27,500	247,500
010010xx99x2xx	4	26,800	107,200
xxxxxxxxxxxxxxxx	xx	xx	xx
合計(全 DPC)	2,931		69,103,659
平均			23,577

全 DPC 対象病院  
平均値



比較

全 DPC 対象病院の 1 入院あ  
たり平均点数で補正した値

全 DPC 対象病院平均値と比べてみると、補正後の1入院あたり平均点数の方が低いため、A病院は全 DPC 対象病院平均と比べて、1入院あたり平均点数の低い患者を多く引き受けていると評価できる。

② 指標を全 DPC 対象病院の平均的な患者構成で補正(間接法による補正)

例) 平均在院日数の場合

「全 DPC 対象病院の患者構成」当該医療機関(A病院)の平均在院日数」を診断群分類毎に掛け合わせて算出する(A病院が全 DPC 対象病院の患者構成に対して診療を行ったと仮定した場合の推定値を計算する)。

例)

DPC	A 病院		全 DPC 対象病院	
	件数	平均在院日数	件数	平均在院日数
010010xx99x00x	29	10.24	2,926	11.90
010010xx99x01x	13	20.51	1,327	18.49
010010xx99x1xx	9	45.03	970	42.07
010010xx99x2xx	4	13.21	454	14.65
xxxxxxxxxxxxxxxx	xx	xx	xx	xx

合計(全 DPC)	2,931	30,107	490,312	4,833,496
平均(全 DPC)		10.61		9.86

DPC	① 全 DPC 対象病院 の件数	② A 病院の 平均在院日数	①×② 全 DPC 対象病院 の件数× A 病院の 平均在院日数
010010xx99x00x	2,926	10.24	29,962
010010xx99x01x	1,327	20.51	27,216
010010xx99x1xx	970	45.03	43,679
010010xx99x2xx	454	13.21	5,997
xxxxxxxxxxxxxxxx	xx	xx	xx

合計(全 DPC)	490,312		5,736,160
平均			11.70

全 DPC 対象病院の  
平均値

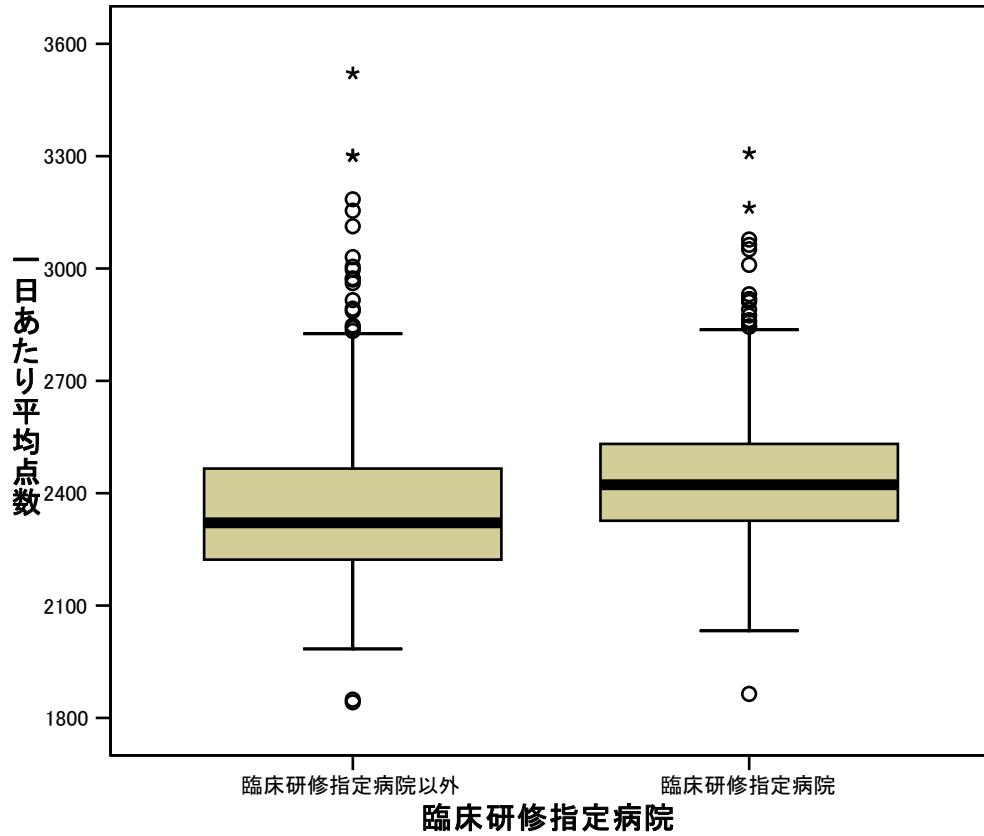
比較

全 DPC 対象病院の患者  
構成で補正した場合

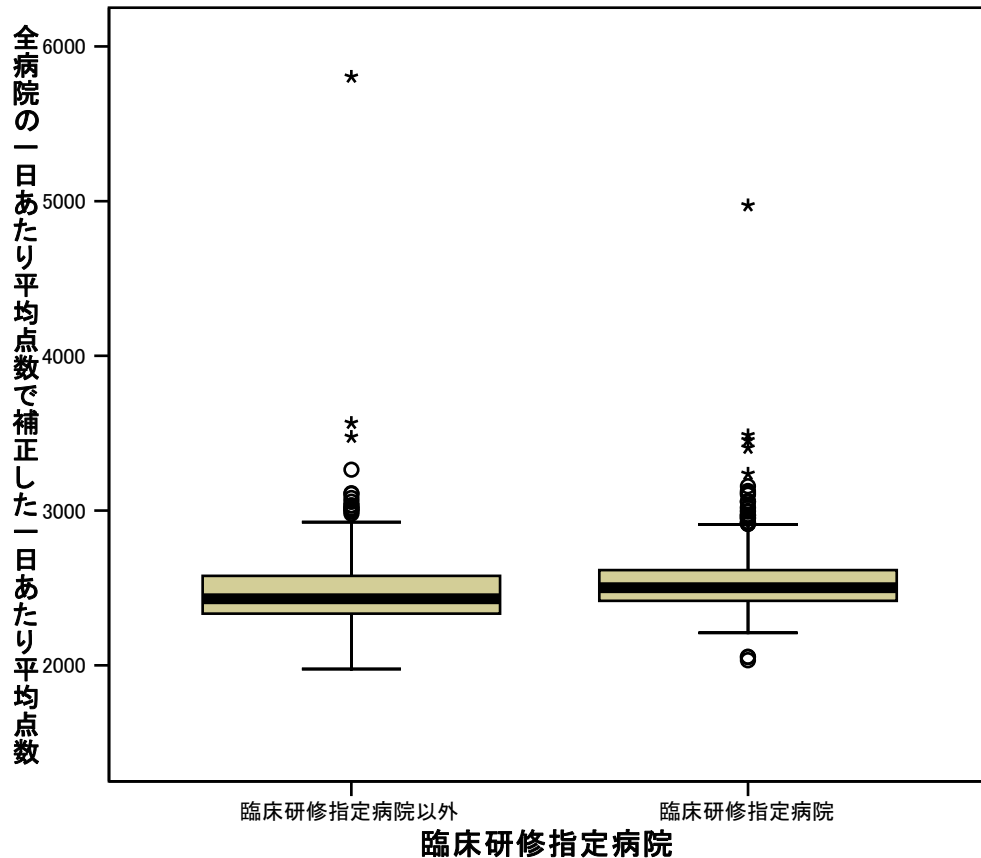
全 DPC 対象病院の平均在院日数と比べてみると、補正後の平均在院日数の方が長いため、A病院は全 DPC 対象病院平均と比べて、在院日数の長い診療をしていると評価できる。

# 1. 臨床研修指定病院

## 1日あたり平均点数

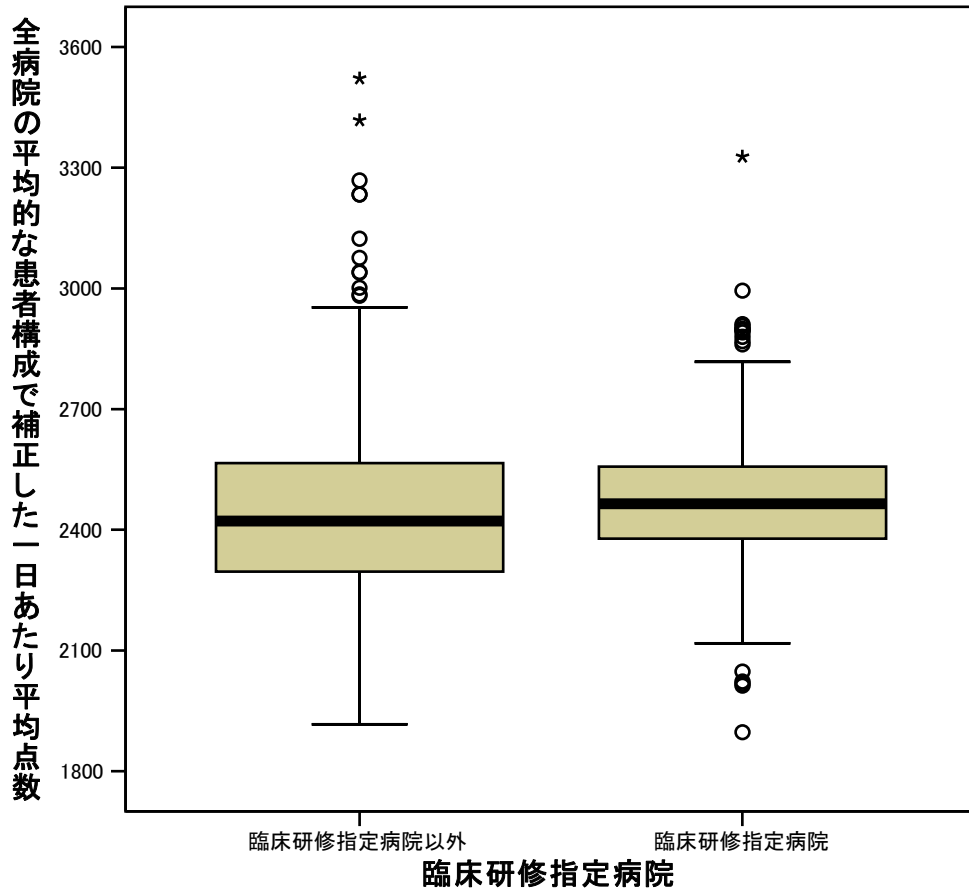


## ○1日あたり平均点数(直接法による補正)



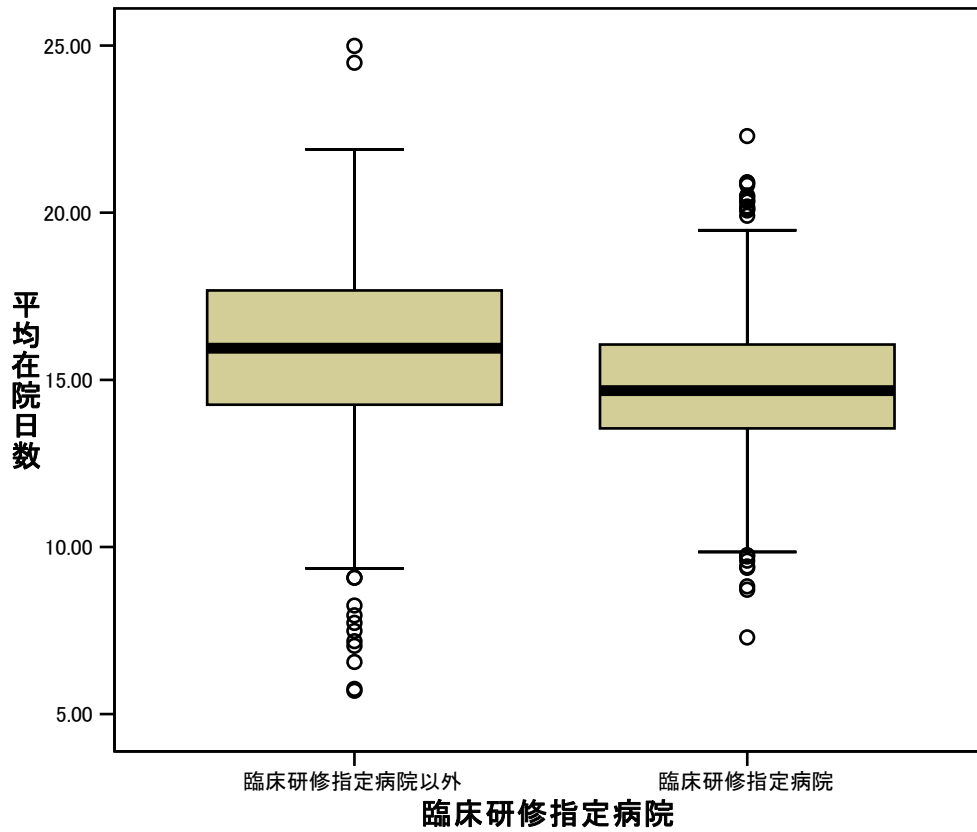


○1日あたり平均点数(間接法による補正)

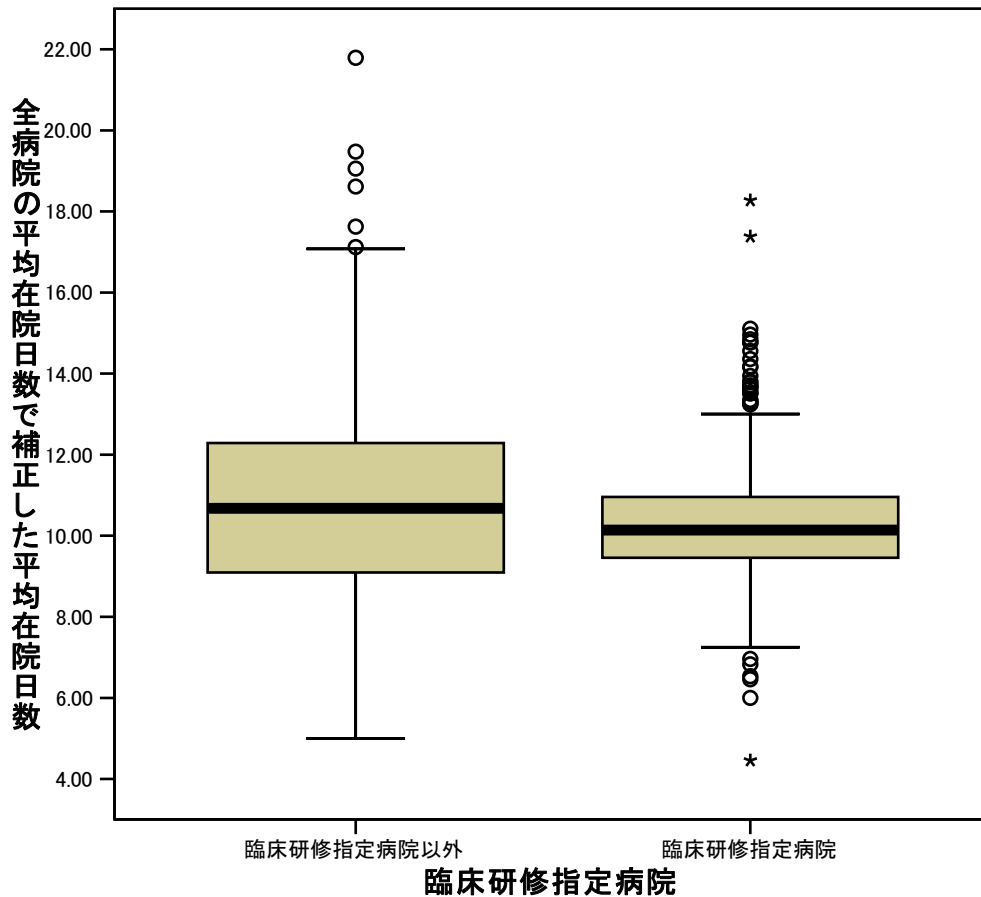


# 1. 臨床研修指定病院

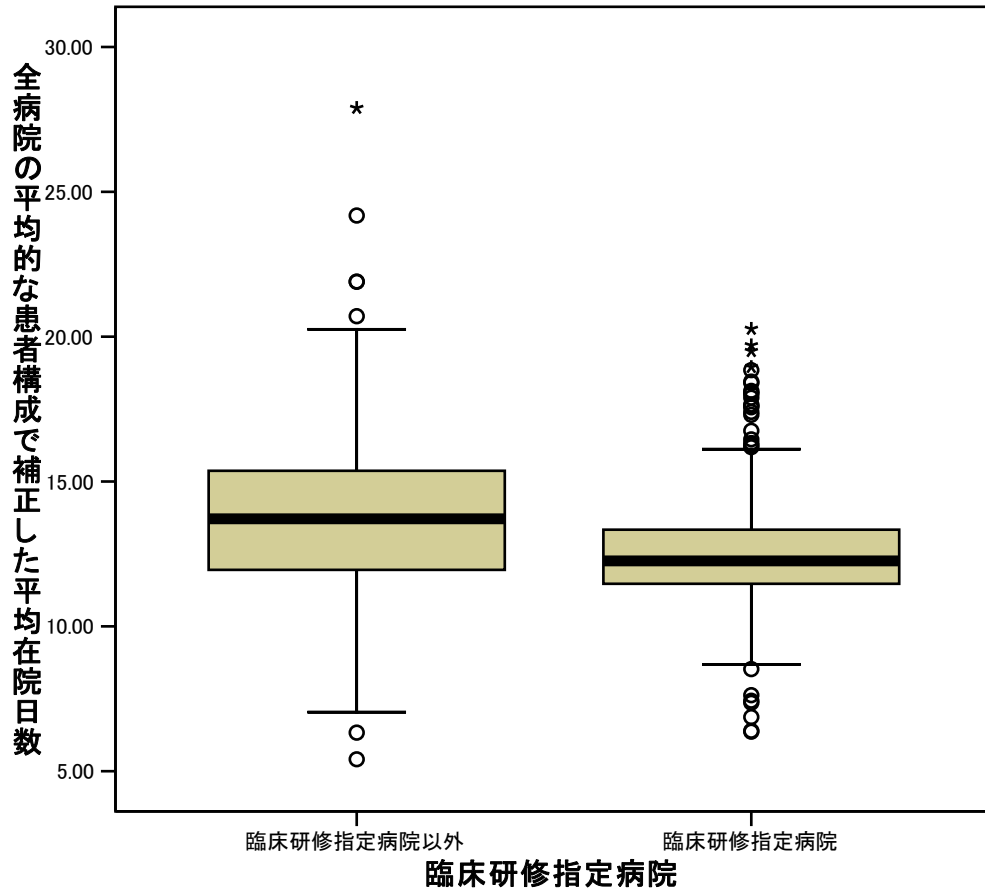
(参考1) 平均在院日数



○平均在院日数(直接法による補正)

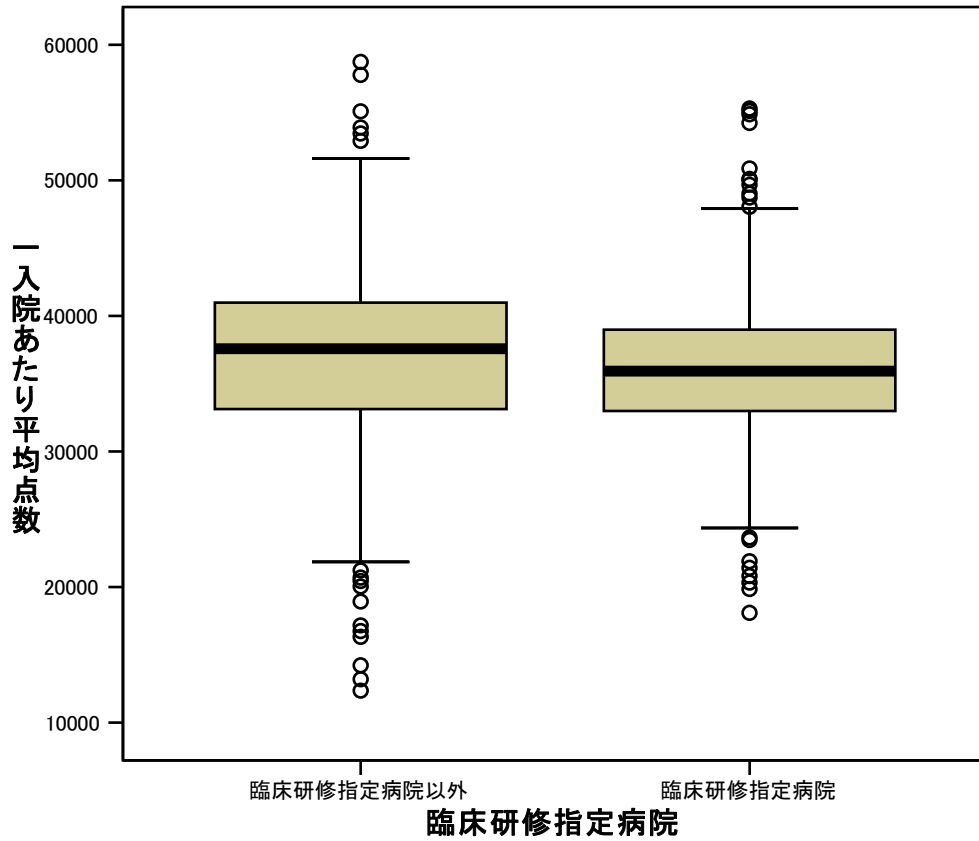


○平均在院日数(間接法による補正)

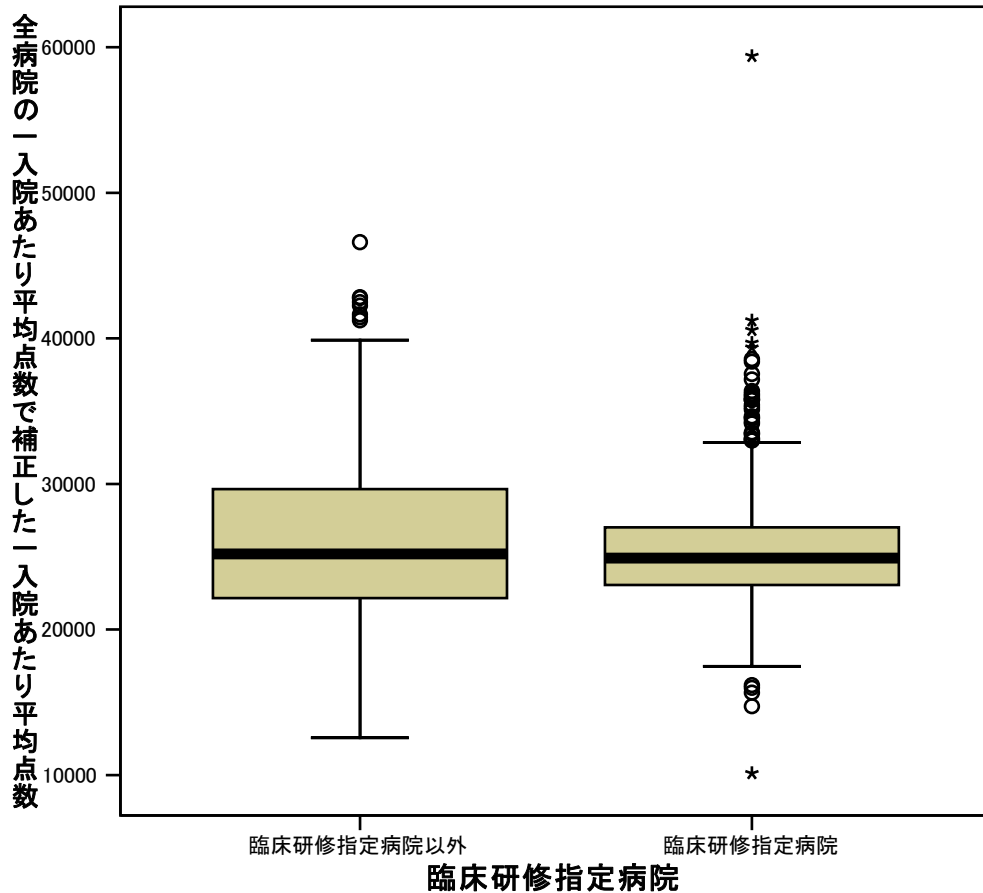


# 1. 臨床研修指定病院

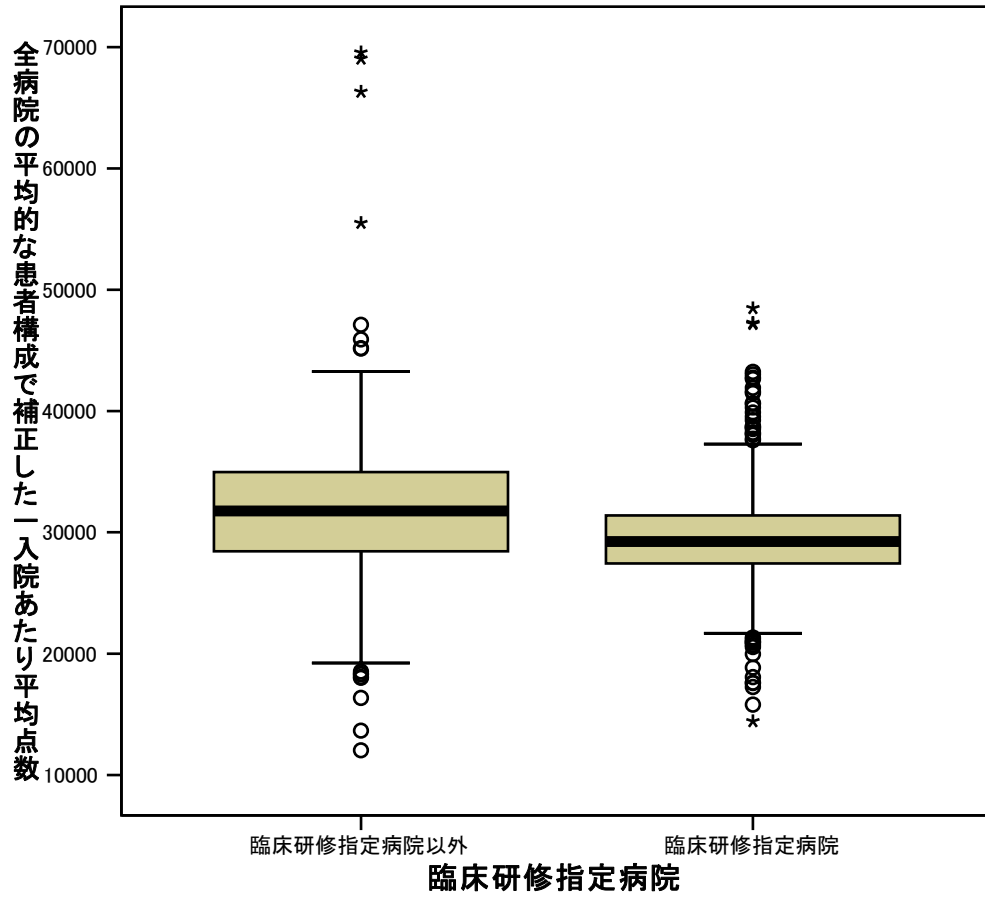
(参考2) 1入院あたり平均点数



○1入院あたり平均点数(直接法による補正)

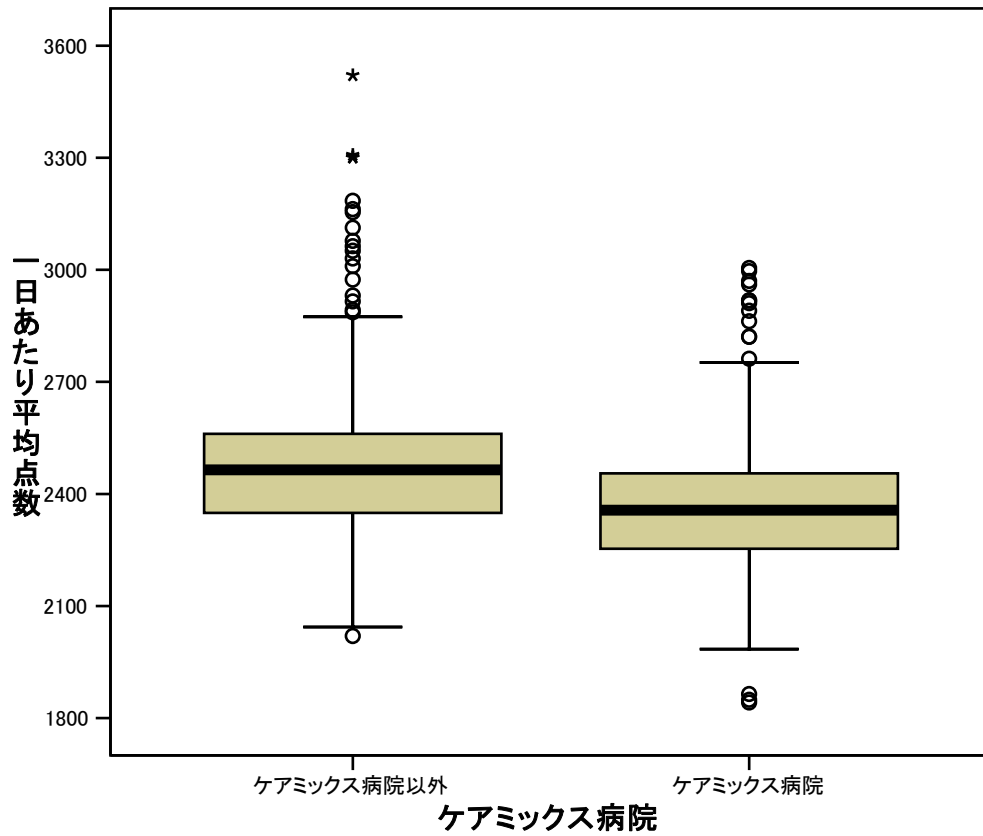


○1入院あたり平均点数(間接法による補正)

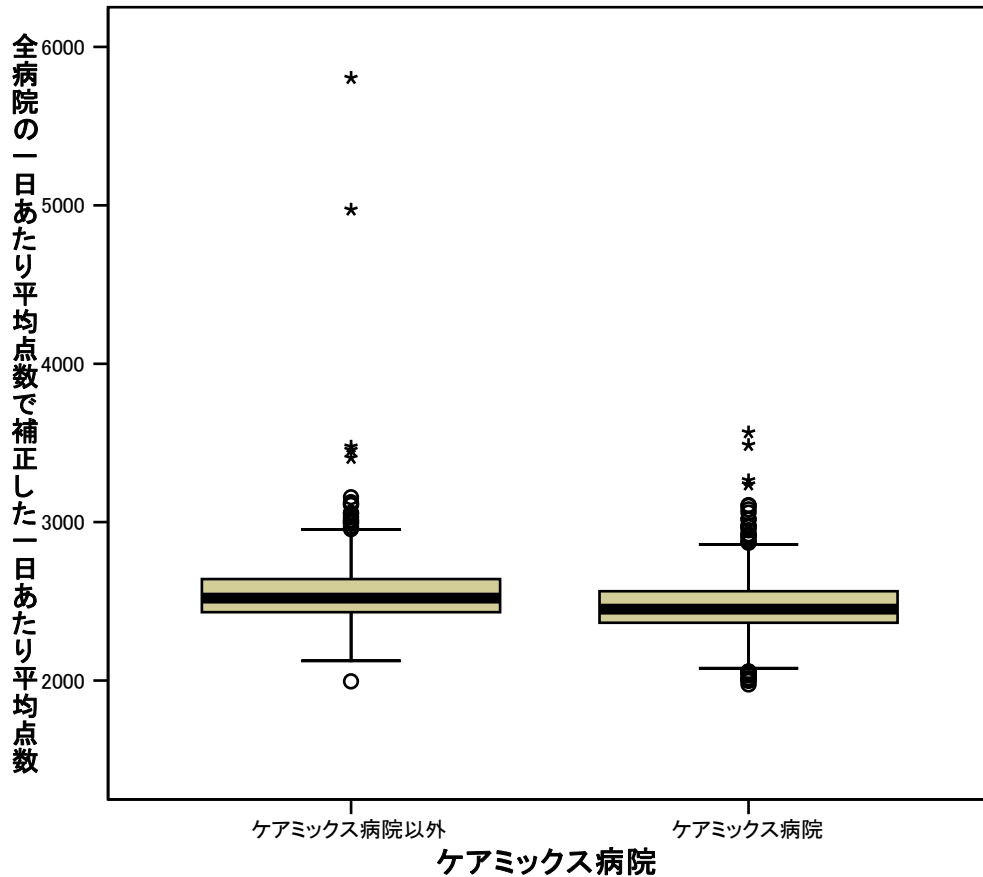


## 2. ケアミックス病院

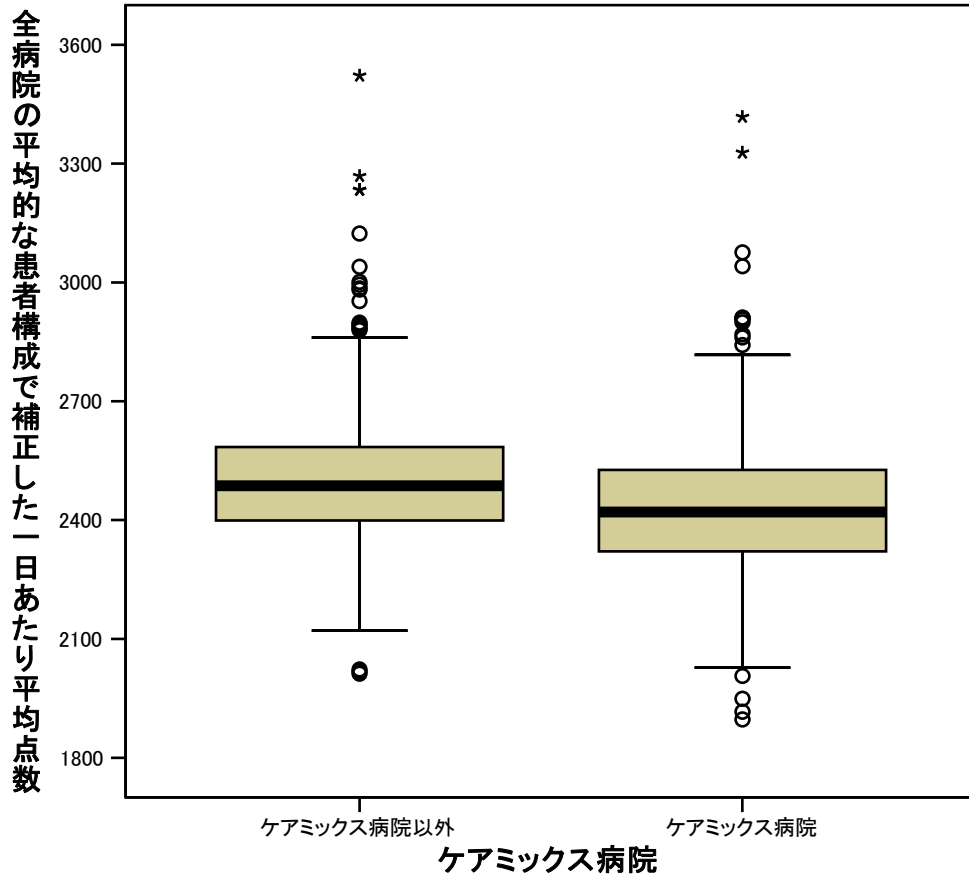
### 1日あたり平均点数



### ○1日あたり平均点数(直接法による補正)

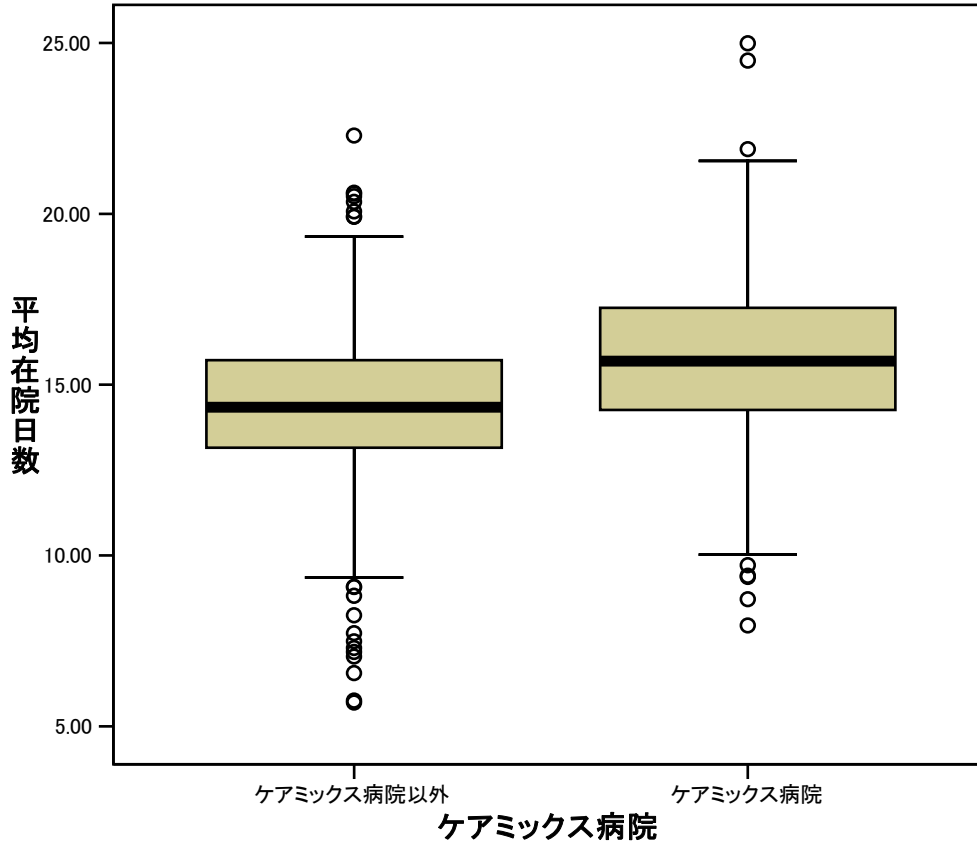


○1日あたり平均点数(間接法による補正)

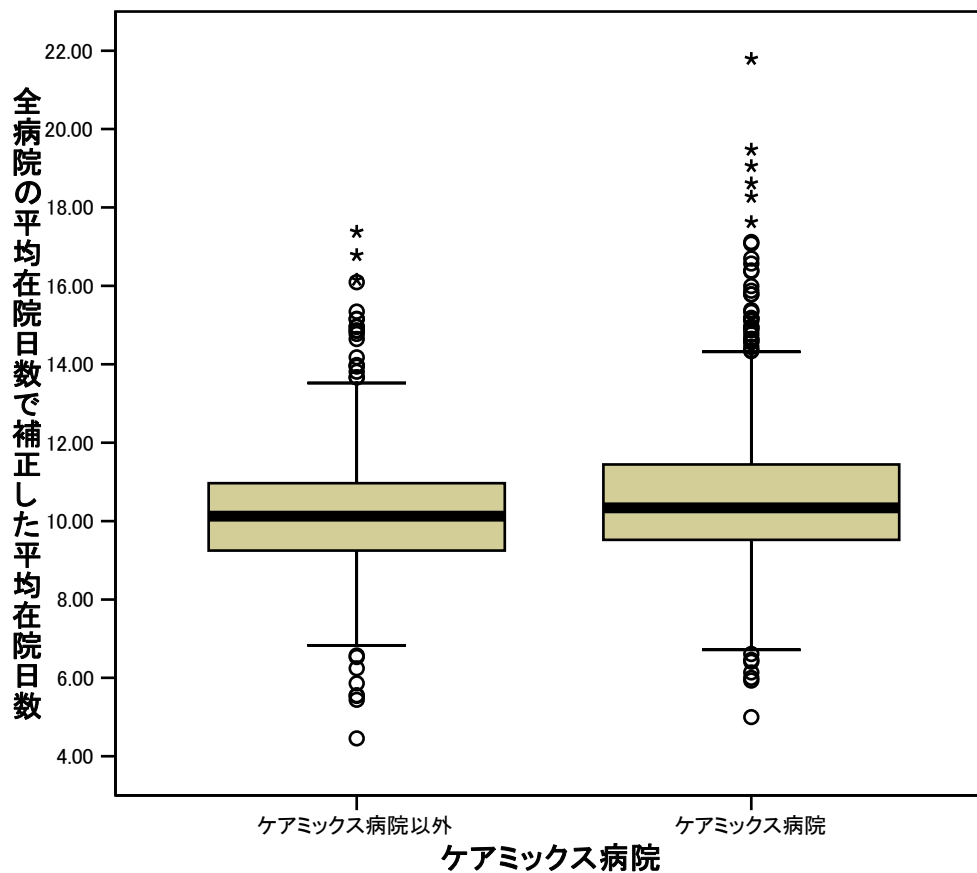


## 2. ケアミックス病院

(参考1) 平均在院日数

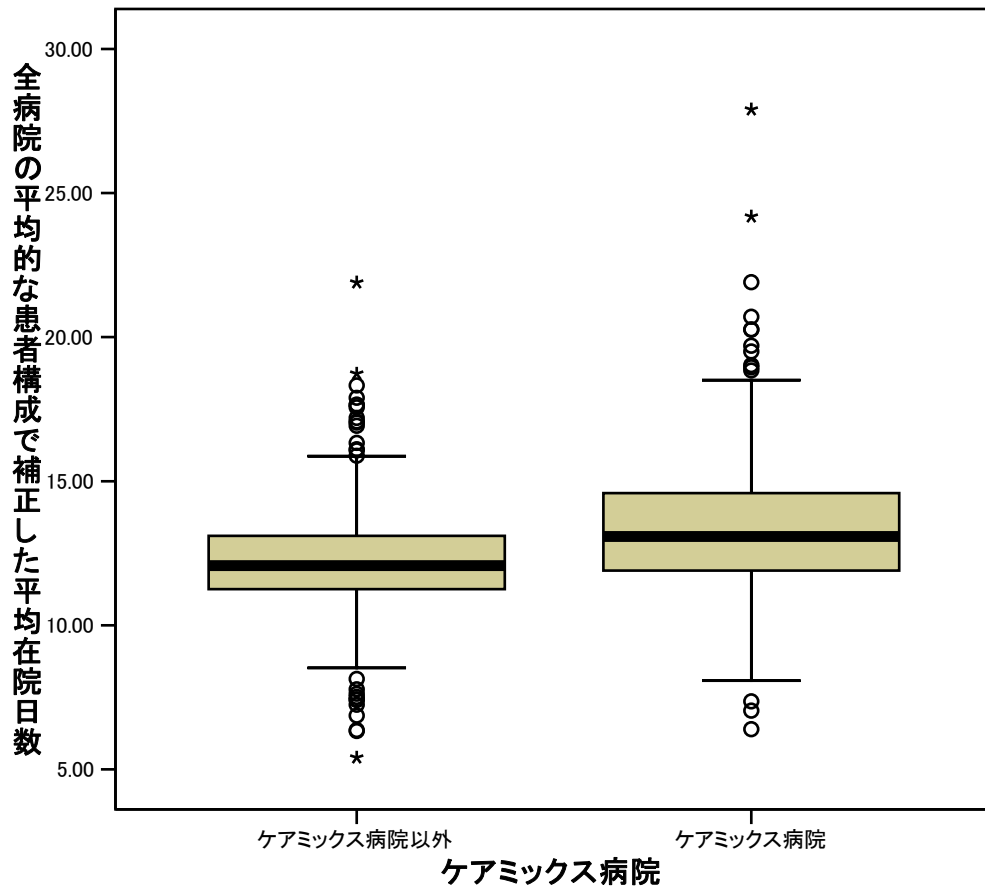


○平均在院日数(直接法による補正)



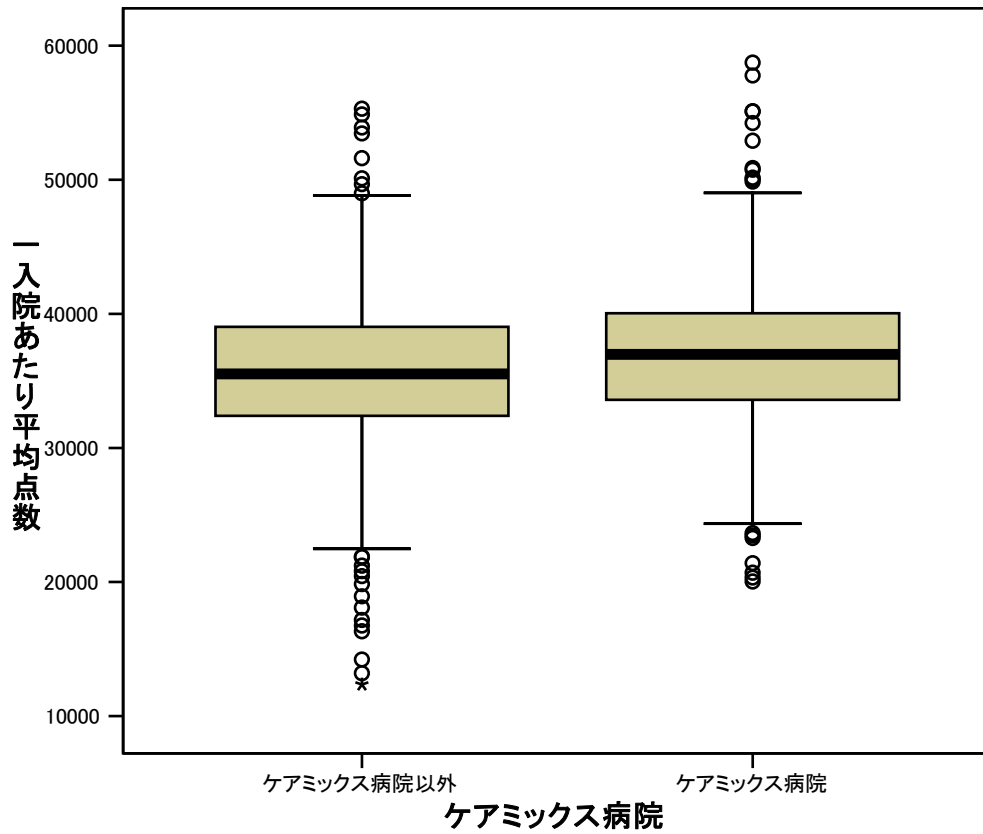


○平均在院日数(間接法による補正)

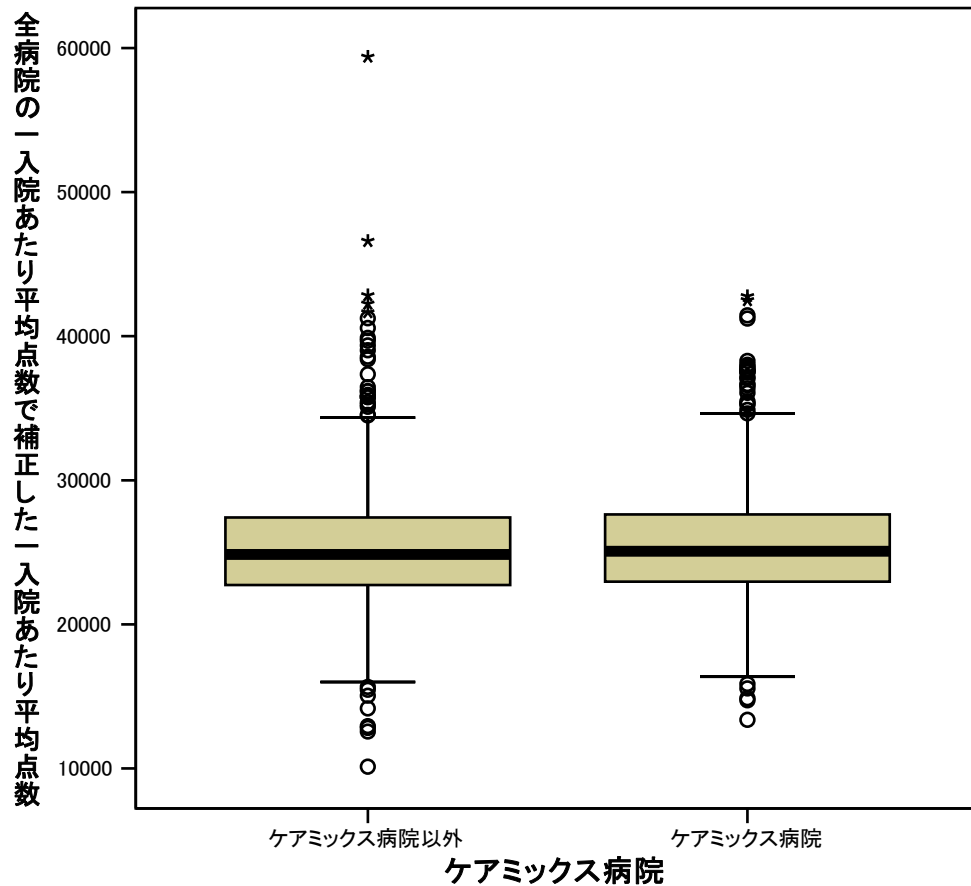


## 2. ケアミックス病院

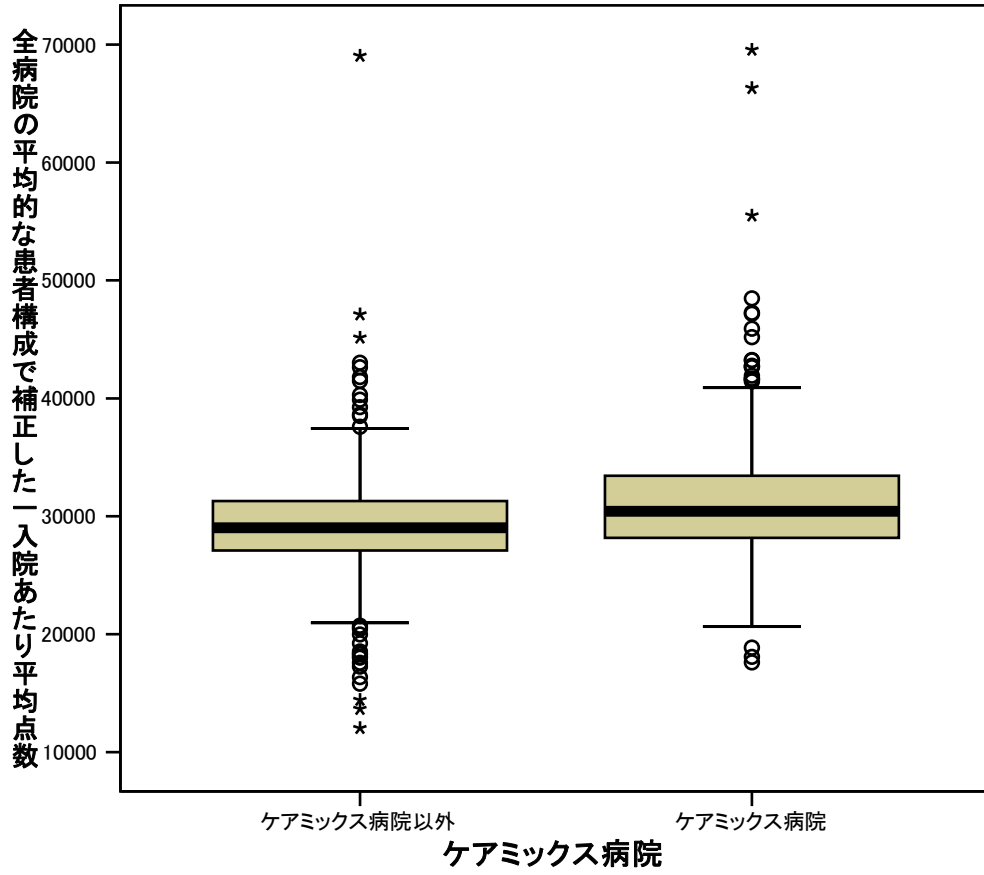
(参考2) 1入院あたり平均点数



○1入院あたり平均点数(直接法による補正)



○1入院あたり平均点数(間接法による補正)



## 入院基本料・特定入院料の全体像

診調組 D-3(別紙2)  
23. 5. 30

	入院基本料	特定入院料	
		特定の行為のみ包括	基本は包括で一部行為のみ出来高
一般病棟	A100 一般病棟入院基本料 A104 1 特定機能病院入院基本料(一般病棟) A105 専門病院入院基本料 A106 障害者施設等入院基本料	A300 救命救急入院料 A301 特定集中治療室管理料 A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料 A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 A302 新生児特定集中治療室管理料 A303 総合周産期特定集中治療室管理料 A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料 A305 一類感染症患者入院医療管理料	A306 特殊疾患入院医療管理料 A307 小児入院医療管理料(1~5) A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(1・2) A308-2 亜急性期入院医療管理料(1・2) A309 特殊疾患病棟入院料(1・2) A310 緩和ケア病棟入院料
療養病棟	A101 療養病棟入院基本料	/	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料(1・2)
結核病棟	A102 結核病棟入院基本料 A104 2 特定機能病院入院基本料(結核病棟)	/	/
精神病棟	A103 精神病棟入院基本料 A104 3 特定機能病院入院基本料(精神病棟)	/	A307 5小児入院医療管理料 5(再掲) A309 2特殊疾患病棟入院料2(再掲) A311 精神科救急入院料 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 A311-3 精神科救急・合併症入院料 A312 精神療養病棟入院料 A314 認知症治療病棟入院料

DPC算定対象となる入院基本料・特定入院料  

 今回の「併設ケアミックス病棟」

# DPC算定対象外とされている一般病棟・療養病棟に係る入院基本料・特定入院料

診調組 D-3(別紙3)  
23. 5. 30

病棟種別	入院基本料・特定入院料等	病棟・病室の性質の概要	看護配置
療養	A101療養病棟入院基本料	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させる病棟	20対1、25対1
一般	A106 障害者施設等入院基本料	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね7割以上入院させている病棟	7対1、10対1、13対1、15対1
一般	A306 特殊疾患入院医療管理料	入院患者の概ね8割以上が脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者である病棟	20対1
一般・療養	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟	15対1
一般	A308-2 1 亜急性期入院医療管理料1	急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する病室	13対1
一般	A308-2 2 亜急性期入院医療管理料2	急性期治療を経過した患者に対して安定化を図り、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する病室	13対1
一般	A309 1 特殊疾患病棟入院料1	入院患者の概ね8割以上が脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者である病棟	20対1
一般	A309 2 特殊疾患病棟入院料2	入院患者の概ね8割以上が重度の肢体不自由児(者)などの重度の障害者(特殊疾患病棟入院料1に該当する患者を除く)である病棟	20対1
一般	A310 緩和ケア病棟入院料	主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うと共に、外来や在宅への円滑な移行を支援する病棟	7対1