

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7月6日（水）14:00～16:00

（会場）法曹会館 高砂の間（2階）

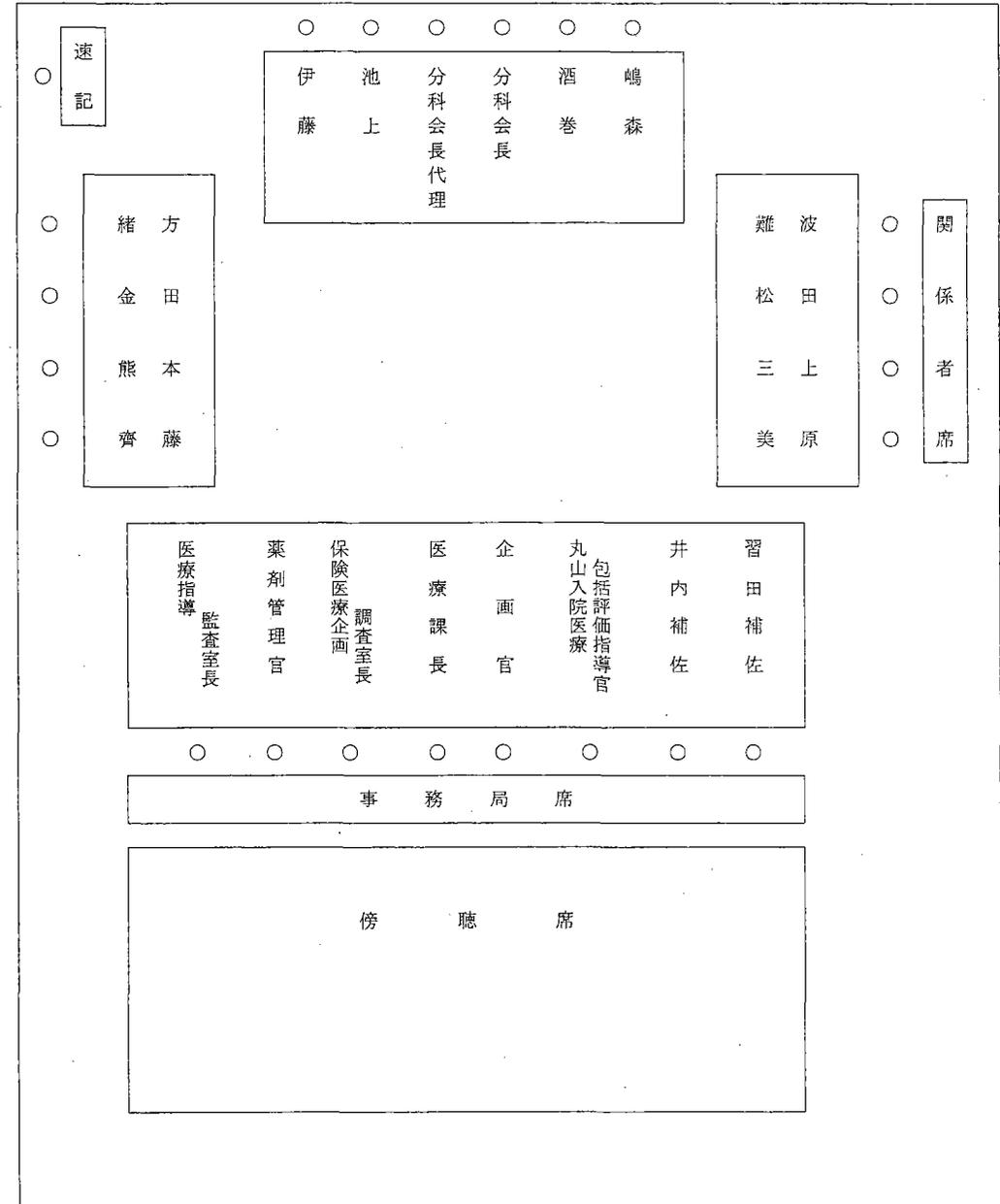
平成23年度 第4回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

日時：平成23年7月6日（水）14:00～16:00

場所：法曹会館（高砂の間）

議 事 次 第

1. データ提出係数の減算について
2. 平成23年6月13日DPC評価分科会 検討概要（検討事項と主な意見等）
3. 高額薬剤に係る対応について（案）
4. 医療機関群の設定について（3）



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

データ提出係数の減算について

- 平成 22 年度診療報酬改定において、正確なデータ提出に係る評価を行うことを目的に、新たな機能評価係数として「データ提出係数」が導入されたところであり、実施については、周知期間を経て、平成 23 年度から、厚生労働省保険局医療課が定めるデータ提出期限までに提出を行わない医療機関は、当該医療機関のデータ提出係数を 1 か月間減じる措置を講じることとしている。

(参考) 平成 22 年度改定で設定されたデータ提出係数の評価方法(抜粋)
 ①「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を 50%・1ヶ月の間、減じる。

- データ提出遅延による減算措置については、平成 23 年 4 月以降の提出期限から運用することとしていたが、平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災による被災現場の状況に鑑み、平成 23 年 2 月分及び 3 月分データについて、当初予定していたデータ提出期限を以下のとおり延期したところである。
 (平成 23 年 4 月 14 日 D-1)

| 対象データ | データ提出期限 (変更前) | | データ提出期限 (変更後) |
|--------------|------------------|---|------------------|
| 平成 23 年 2 月分 | 3 月 25 日 | → | <u>6 月 22 日</u> |
| 平成 23 年 3 月分 | (4 月 25 日を想定) | | |

- 今般、平成 23 年 6 月 22 日に設定した提出期限までにデータが提出されなかった以下の DPC 対象病院について、規定方針に則り、当該医療機関の 8 月のデータ提出係数を次のとおり減算する。

| 施設名 (順不同) | 減算後係数 (8 月適用) |
|-------------------------|-------------------------------|
| 独立行政法人 労働者健康福祉機構 神戸労災病院 | 0.0039 → <u>0.0020</u> |
| 独立行政法人 労働者健康福祉機構 釧路労災病院 | 0.0039 → <u>0.0020</u> |
| 医療法人社団 恵心会 京都武田病院 | 0.0037 → <u>0.0018</u> |
| 公立那賀病院 | 0.0039 → <u>0.0020</u> |
| 総合病院岡山協立病院 | 0.0039 → <u>0.0020</u> |
| 守谷慶友病院 | 0.0039 → <u>0.0020</u> |

なお、診療報酬上の対応は無いものの、上記施設と同様に、平成 23 年 6 月 22 日に設定した提出期限までにデータが提出されなかった DPC 準備病院は以下の 6 病院であり、今後のデータ提出について、期限遵守を要請しているところ。

| 施設名（順不同） |
|-----------------------|
| 医療法人康雄会 西病院 |
| 公立高畠病院 |
| 福井厚生病院 |
| 医療法人 社団 慶友会 慶友整形外科病院 |
| 独立行政法人 国立病院機構 神奈川病院 |
| 医療法人社団おきの会 旗の台脳神経外科病院 |

平成 23 年 6 月 13 日 DPC 評価分科会 検討概要
(検討事項と主な意見等)

高額薬剤等の取扱いに係る論点について

<各参考人のプレゼンテーション概要>

○瀧内参考人

胃癌に対してトラスツズマブ（ハーセプチン[®]）が使えるようになったが、現在包括評価となっており、処方控えやレジメン登録控えが起きている。高額な抗がん剤については新規承認・効能追加と同時に、出来高算定にしてはどうか。エビデンスに基づいた治療を行っている病院においては、大きなレジメン間のバラつきはないと考える。ドラッグラグはほぼなくなってきた印象で、ガイドラインも全国的に普及してきている。

○宮坂参考人

リウマチ分野において生物学的製剤を使うと、入院期間あるいは患者の体重や効果に応じた投与量によって薬剤費が診断群分類点数表による点数を上回り、収支差損が発生している。また、点滴製剤と皮下注射製剤で平均在院日数が異なっており、これには経営上の問題が関係していると考えられる（点滴・静注製剤の方が副作用は多く、皮下注射を使用する方が平均在院日数が長いということは臨床からすると本来の姿ではない）。今のシステムではこれをコントロールすることができない状況にある。この問題は、生物学的製剤をすべて出来高とするということで、回避できるのではないか。

○島田参考人

同一のレジメンであっても、患者の状況により投与量が変わる。例えば初回の患者は通常 100%の投与量を行うが、治療が進むにつれ、副作用の蓄積や全身状態の悪化により抗がん剤を減量することになる。すなわち、同一 DPC であっても、使われる薬剤費が下がってくる。レジメンによるバラつきについて、抗がん剤はガイドラインに従うためあまり変わらないが、それ以外の制吐剤等が医師によって変わり、バラつきは発生しうる。高額な検査（遺伝子検査）や PET が入ってきたこと、制吐剤が急激に広がり高くなってきていること、麻薬鎮痛剤あるいはイレウスに対する薬剤等の緩和療法も高くなってきている。高額な抗がん剤については、出来高にする必要があるのではないか。生存期間について、統計学的には差があっても臨床的な意味合いがかなり違うということ（クリニカル・ベネフィットやコストも加味したバリュー）が抗がん剤について検討され始めている。そういうものを DPC に反映可能かどうか検討する必要があるのではないか。

○松久参考人

血液腫瘍科の場合、重傷であればあるほど入院が長期化し、包括点数では赤字になってしまう場合もある。例えば肺がんに対するベバシズマブ（アバステン[®]）は、当該薬を含む 4 つのレジメンが存在し、レジメンによって少しバラつきが出てきている。現在これらは出来高請求だが、来年度以降包括評価となる場合に検討が必要ではないか。

○小笠原参考人

抗腫瘍薬や分子標的薬だけではなく、支持療法薬や遺伝子検査も次第に高額になりつつある。

非ホジキンリンパ腫の事例のように、レジメンによっては短期入院グループとそうではないグループが混在している DPC がある。この場合短期入院のグループが出来高算定と比較し赤字になりやすい。

大腸がんについては、レジメンによるバラつきというよりは、レジメンにより入院日数が異なるためにバラつきが発生している。

出来高評価ということも選択肢の一つだが、短期間で退院できるようなレジメンの化学療法は、鼠径ヘルニアのような短期滞在手術基本料に準じた 1 入院当たりの包括評価とするか、化学療法を手術に準じた形で評価することを検討しても良いのではないか。

○片桐参考人

入院治療で負荷が大きく、経営面も圧迫しがちになるのは、より難治性で治療抵抗性の場合である。

病院経営の立場からは、ある程度の病院規模と入院患者数、疾患の多様性があれば、収支が均てん化され大きな問題にはならない。しかし、規模が小さい、疾患の多様性があまりない、あるいは個々の診療科での収支が厳しいという状況では、影響が大きい。

高額薬剤問題については、現行の分枝化の努力が一定程度機能しており、現場にとって精緻化が大きな問題とは考えにくい。ただ、今後の適用拡大や高額薬剤同士の組み合わせによっては、問題となる可能性がある。

診断群分類の設定において、分枝化されている薬とそうでない薬で価格差がないことがある。一番危惧されるのは、難治性・治療抵抗性などの病態が悪い場合に DPC 制度で経営上不利な設定になっていると、当該患者の受入先が見つかりにくいということであり、高額薬剤については、新規収載後一定期間（そのレジメンや薬剤の位置づけが明らかになるまで）出来高評価としてはどうか。

○井原参考人

医療資源を最も投入した病名以外の傷病について化学療法を行うと、化学療法による分類の設定の無い DPC も存在している。つまり、当該化学療法の有無が評価されていない場合があるということ。

現在の診断群分類を決定するルールに則ると、特定入院期間以降に化学療法を実施した場合も「化学療法あり」の診断群分類となり、既に包括点数において評価されている化学療法に係る薬剤費が特定入院期間以降で更に出来高で請求されている事例がある。

平均+1SDルールについて、該当した薬剤の適応等について十分に理解がされていないと思われる事例が散見されるため、上げけたの診断群分類を指定表示する等の工夫をしてはどうか。

高額薬剤を出来高請求にすることについて、現行では記載病名数が限られていることから、高額薬剤が出来高算定となることで審査に支障を来す可能性がある。また、抗がん剤以外にも高額な薬剤はあり、特定の種類の薬剤だけを出来高とするのは不公平感があるのではないか。また両者に共通する事項として、高額薬剤が出来高請求できるとなると、高額薬剤を優先して使用し、請求してくる可能性が危惧され、適正な保険診療という視点からはいささか懸念がある。

<論点毎の議論の概要>

① 在院日数への影響

- 高額な抗がん剤を入院で使う場合、現状では在院日数が長引く方向のインセンティブが働いている恐れがある。また、化学療法は反復することが多い為、頻回に在院日数が長引くと患者にとっては不利益になることから、その点について診療報酬設定上の工夫をしてもよいのではないかと指摘があった。
- 諸外国において高額薬剤は、ポジティブリストで出来高化するかレジメン単位を一つの診療行為と見なして償還するといったこれら2つの対応がとられている。しかし、これらの国では、国全体でレジメンを管理するとともに、実施する医療機関や医師が指定されている。日本においてはこれらの課題が解決できていないことがバラツキの一因となっているのではないかと指摘があった。
- 標準レジメンについては、ガイドライン等の改定スピードが早いため定常的なものとするのは難しいのではないかと。今後、化学療法がレジメン通りに実施されているか、レジメンと患者の特性がマッチしているかなどについて何らかの形で検証することが必要ではないかと指摘があった。
- 以上の議論を踏まえ、在院日数を長くしてしまう不適切なインセンティブについては、今後対応を検討する必要があることに概ね意見の一致が見られた。

② 新たな高額薬剤のDPC/PDPSにおける取扱い

- 個々の診療科単位で収支をみると赤字であっても、病院全体として見るとそうでは無いのではないかと。診療科単位で赤字の部門の診療を取りやめるといった間違った方向に行かないように制度設計しなくてはならないという指摘があった。
これに対して、診療科の医師が管理者から担当科の赤字を指摘される等現場の医師に負荷をかけるような形になっている実態があることも事実であり、診療科単位にもある程度の配慮が必要ではないかという意見もあった。
また、個別患者について、入院前（治療開始前）の段階で経営上不利になることが自明な場合もあり、このような患者間の収支差についてバラツキが大きすぎないように配慮したほうが良いのではないかと。重症な患者を受け入れられる病院が減少しないような方策を検討した方が良いのではないかと、この意見があった。
- 現行の平均+1SDルールについて、一定の役割を認める意見があった一方で、例えば胃癌に対するハーセプチン®の事例は経営上不利になることが処方控えにつながっている事例であり、医師の良心だけでは解決できない課題がこの高額薬剤問題には存在することから、何らかの方法で医師の性善説が通用するような形に設計し直す必要があるのではないかと意見があった。

- 平均+1SD ルールについて、標準偏差は左右対称の分布のときに意味のある指標であり、高額のものが多い場合は分布が歪んでいる可能性があることから、統計学的な視点からも見直した方がいいのではないかと指摘があった。
- 外来は出来高評価で入院は包括評価という形から、外来で化学療法を実施すればよいというインセンティブが働いている可能性があり、認められたレジメンを逸脱し、入院と外来を振り分けることで経営的に乗り越えている医療機関があるとの指摘もなされた。現場が混乱したり医療の質に問題が生じているということであれば、将来的には包括評価が入院だけでよいのか、外来が逃げ道になって医療の質が落ちてしまっているのではないかとこのことも視野に入れて議論する必要があるのではないかとこの指摘があった。
- また、これらの課題の背景として、医療イノベーションに対して保険診療がどう対応していくべきかという基本方針が定まらないことが、これらの問題の根本的な解決に至らない理由であるとの指摘があった。
- 以上の議論を踏まえ、平均+1SD ルールについては運用の基準を緩和し、より使いやすくなるような制度設計をする方向で検討する必要があることについて概ね理解が得られた。

③ DPC 精緻化のあり方

- DPC を選択する側の立場からは、病名が決まると選択肢はさほど多くなく、機械的に決定がなされるので DPC の分類を細かくすることで実務に支障があるとは考えにくいとの指摘があった。
これに対して、将来的に進む技術革新に対して全て細分化で対応すると、本来の包括評価の趣旨から外れる可能性があり、細分化ばかりを進めるのではなく別の方向での工夫について模索・検討するべきではないか。細分化で分類を増やしすぎると、出来高で見られた弊害が危惧され、これらのバランスや線引きが重要ではないかとの指摘もなされた。
- DPC を報酬体系とは切り離された臨床分類という考え方ではなく、コストも勘案した体系として見直すべきではないかとの指摘がなされた一方で、厳密にはコストではないが、レファレンスコストである現行の出来高点数表を元にした分析を踏まえた診断群分類の設定がなされているとの見解も示された。
- オーストリアでは化学療法をグループ化しており、例えば、リツキシマブ（リツキサン[®]）の1クール投与と2クール投与を別の分類にしており、日本のDPCは、レジメン毎に分類を分けているが、そのレジメングループという形で分けるという方法があるのではないかとこの指摘があった。
- 以上の指摘を踏まえ、DPC の分類数は2,500程度であり、そのうち支払制度に使用している分類数は1,500程度となっているが、DPC の分類数としてある程度合理的な数値目標を設定して、そこに合わせていっても良いのではないかとこの指摘があった。

- また、これらの議論に関連して、遺伝子検査や内分泌系の負荷試験等も高額であり、これら的高額検査についても高額薬剤と同様の対応を検討すべきではないかとの指摘がなされた。

④ 長期継続的な投与を要する高額薬剤の範囲

- HIV や血友病など現在規定されている高額薬剤の範囲は、他の疾患とは異なり疾患と薬剤の対応関係が明確であることから、現在の出来高算定は妥当ではないかとの指摘がなされた。
- 高額薬剤を出来高算定にすることで、使用を促進するインセンティブが強まることには慎重な対応が必要との指摘がなされた。

(了)

高額薬剤等の取扱いに係る対応について（案）

1. これまでの議論のまとめ

(1) 平成 22 年度以降、DPC 評価分科会において「DPC/PDPS の概要と基本的考え方」について整理した。その整理を踏まえ、「DPC/PDPS の包括範囲について」（平成 23 年 2 月 9 日、D-2）、「高額薬剤等の取扱いに係る論点について」（同年 4 月 14 日、D-7-1）と議論を行い、DPC/PDPS における高額薬剤の取扱いに係るヒアリング（同年 5 月 30 日）において 7 名の有識者を交え論点の整理と平成 24 年改定に向けた検討を進めてきたところ。

(2) 主な論点と分科会及びヒアリングでの指摘は以下の通り。

① 在院日数への影響

高額のがん剤を入院で使う場合、現状では在院日数が長引く方向のインセンティブが働いている恐れがあり、この実例としてリウマチ分野における点滴製剤と皮下注製剤の平均在院日数格差が挙げられた。化学療法は反復することが多い為、頻回に在院日数が長引くと患者にとっては不利益になることから、今後対応を検討するべきであるとされた。

② 新たな高額薬剤の DPC/PDPS における取扱い

現行の平均+1SD ルールについては、基準が厳しく新規薬剤等の使用に支障を来している恐れがある。この実例として、胃癌に対するトラスツズマブ（ハーセプチン®）の事例が挙げられた。

また、平均+1SD ルールの運用について、高額のものが多い場合は分布が歪んでいる可能性があり、標準偏差以外の指標を検討してはどうか、高額薬剤として認められたものについて、適用と該当診断群分類について明確化してはどうかという提案があった。

当該ルールについて基準の緩和や運用の改善を検討するべきであるとされた。

③ DPC（診断群分類）設定のあり方

DPC の選択に当たっては、分類が細かくて実務上困ることは考えにくいですが、細分化しすぎれば診療報酬の包括評価という本来の趣旨から外れる可能性があることが指摘された。また、経営上有利な診断群分

類を選択するという行為が危惧されることから診断群分類の統合・分離のバランスを図っていくべきであるとされた。

④ 長期継続的な投与を要する高額薬剤の範囲

長期継続的な投与を要する高額薬剤の範囲（HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）及び血友病等に使用する血液凝固因子製剤）は、現在の範囲で妥当とされた。

また、特定の種類の薬剤を出来高算定とすることについては慎重に対応すべきであるとの指摘がなされた。

2. 高額薬剤等の取扱いに係る今後の対応についての骨子（案）

これまでの議論を踏まえ、今後、次のような対応を検討してはどうか。

(1) 基本的な考え方

DPC/PDPSにおける薬剤・特定保険医療材料（以下「薬剤等」という。）について、長期継続的な投与を要する高額薬剤等を除き、包括評価とする現行の原則は変更しないものの、新規高額薬剤等への対応に関する現行の取扱いについて改善することとする。

(2) 現行の取扱いの見直し

① 新規高額薬剤等への対応

新規承認・効能追加となった高額な薬剤等について、次期診療報酬改定までの間、当該薬剤等を使用した患者を出来高算定とするいわゆる「平均+1SDルール」については、判定基準の見直し（緩和）及び出来高評価となる薬剤の適応効能・該当する診断群分類等対象の明確化を行う。

② DPC（診断群分類）設定のあり方への対応

高額薬剤に着目したDPCの分岐設定に当たって、分類が細分化され過ぎるとDPC制度創設の趣旨に反することから、DPCの統合・分離を検討する際の基準（目安）を可能な限り明確化する。

③ 在院日数遷延への対応

高額薬剤等を使用する際に、費用償還の観点から在院日数が長引くという不適切なインセンティブについて、診断群分類点数表の点数設定方法を工夫することで対応できないか今後検討する。

医療機関群の設定について（3）

1. これまでの議論を踏まえた当面の検討作業

DPC 評価分科会での検討（平成 23 年 5 月 30 日）のを踏まえ、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とともに、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検討する。
- 検討に当たっては、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、優先的に分析・検討を行う（下記）。

| 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 |
|------------------------|--|---|
| | 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"> ● 臨床研修指定病院(指定の有無、研修実績) ● 医師数と病床数の比 |
| 2) 小児医療提供機能 | 小児専門病院 | <ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● 全患者に対する 15 歳未満患者の割合 |
| 3) 他病棟との連携機能 | ケアミックス病院 | <ul style="list-style-type: none"> ● 併設病棟種類による分類 ● DPC/PDPS 算定病床数とそれ以外の病床数の比 |

2. 追加集計の実施とその結果

(1) 医師研修機能 (D-4-2)

<データ集計の概要>

- 各病院における医師数（医師免許取得後の経験年数別）の追加調査を実施。
- 追加調査で得られた医師数について全医師数、医師免許取得後 2 年以下、5 年以下及び 10 年以下の 4 区分で集計し、各区分の DPC 算定病床 1 床あたり医師数を評価指標として、1 日あたり包括範囲平均点数（出来高換算）について集計した。
- 医師免許取得後 2 年以下医師数については、臨床研修指定病院の初期臨床研修医採用実績（平成 22 年度及び平成 23 年度、医政局医事課集計）を使用して集計した。

<集計結果の概要>

- ① 臨床研修指定病院の基幹型であっても、勤務する医師数の多様性は大きい等、臨床研修指定病院の指定及びその類型だけで医師研修機能の評価することは困難であり、実際に配置された医師数を勘案することが必要。
- ② 1 日あたり平均点数と DPC 算定病床 1 床あたりの各区分医師数のクロス集計から、各区分において医師密度が高い施設について 1 日あたり平均点数が高い傾向が見られる。
- ③ 大学病院本院はそれ以外の施設と比較して特異的な集団であると考えられる。一方で、大学病院本院以外にも大学病院本院と同様な人員配置・診療密度を示す病院がいくつか存在すると考えられる。

(2) 小児医療提供機能 (D-4-3)

<データ集計の概要>

- DPC/PDPS 算定病床に占める小児入院医療管理料（以下「小児入管」）算定病床の割合及び全患者に対する 15 歳未満患者の割合を評価指標として、1 日あたり包括範囲平均点数（出来高換算）について集計した。

<集計結果の概要>

- ① いずれの指標でも他病院と比べて明らかに各指標の割合が高い病院（6 病院）が認められた。

(3) 他病棟との連携機能 (D-4-4)

<データ集計の概要>

- 亜急性期入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料を算定する病床のいずれかの併設の有無を評価指標として、1日あたり包括範囲平均点数（出来高換算）について集計した。
- また、これら3種類の病棟の組み合わせを考慮し、合計8種の区分について評価指標として1日あたり包括範囲平均点数について集計した。

<集計結果の概要>

- ① 亜急性期入院医療管理料を算定する病棟（以下「亜急性期病棟」）を併設している医療機関が今回定義したケアミックス病院の中でも1日あたり平均点数が低い傾向にある。

3. 集計結果を踏まえた検討・論点

(1) 医師研修機能

- ① 初期臨床研修の実績により研修機能を評価することは適切ではないと考えられるが、この点をどう考えるか。各区分の医師密度と診療密度（1日あたり平均点数）をどう考えるか。
- ② 初期及び後期を併せた卒後5年間の医師研修を研修機能の評価指標として活用してはどうか。
- ③ 大学病院本院以外で大学病院本院と同程度の研修機能を有する医療機関も存在していると考えられる。何らかの基準を設けこれらの医療機関について配慮すべきではないかとの指摘についてどう考えるか（医療機関群として区別すべきか否か、区別するのであればどのような基準を設けて区別すべきか）。

(2) 小児医療提供機能

- ① DPC 対象病院中、小児医療を専門的に提供している医療機関が6病院とごく小数であり、それ以外の大多数の医療機関は成人に対する医療提供体制の中に小児入管病棟も含めた小児医療提供体制を配備しているのが実態である。

- ② 更に、これらの小児医療の評価は事実上、小児入院医療管理料という包括診療報酬を引用・参照する形で設定されており、DPC/PDPS における小児入院医療の包括報酬の設定のあり方だけをとらえて検討することは困難ではないか。
- ③ 以上から、一つの医療機関群として設定するのは適切ではないと考えられる。小児入院医療管理料の評価のあり方の議論の中で検討する方がより適切ではないか。

(3) 他病棟との連携機能

- ① 集計結果を踏まえて、一定の傾向が認められる亜急性期入院医療管理料を中心に、1連の入院医療の取扱いのあり方も含めて、今後のあり方について更に検討してはどうか（算定ルールのあり方について検討する方向で対応すべきではないかと考えられるが、これについてどう考えるか）。
- ② なお、回復期リハビリテーション病棟については明確な傾向が認められず、更に、対象となる疾患や病態が限定されている等を踏まえ、今後の検討からは除外しても良いと考えられるがどうか。

医療機関群の設定について（3）

① 医師研修機能の集計結果

平成 22 年改定に使用したデータに基づき、以下の評価指標に対して 1 日あたり平均点（包括範囲出来高点数）について集計を行った。

<評価指標>

- DPC 算定病床あたりの医師密度（医師免許取得後経験年数別）

<医師数（医師免許取得後経験年数別）について>

- 各医療機関に平成 23 年 5 月の勤務実績を元に各医師の免許取得年、所定労働時間等を照会。回答率は DPC 対象病院（平成 21 年 10 月時点）につき 98.6% (1,370/1,390)、DPC 対象病院及び DPC 準備病院で 98.2% (1,617/1,646)であった。
- 医師数について全医師数、医師免許取得後 2 年以下、5 年以下及び 10 年以下の 4 区分で集計。なお、各医師の所定労働時間を 40 で割り、常勤換算医師数とした。
- 医師免許取得後 2 年以下医師数については、臨床研修指定病院の初期臨床研修医採用実績（平成 22 年度及び平成 23 年度、医政局医事課集計）を使用。

＜医師数調査結果における各類型の施設数について＞

| | |
|-------------------|------|
| 大学病院本院 | 79 |
| 臨床研修指定病院 (基幹型) | 765 |
| 臨床研修指定病院 (協力型) | 169 |
| 上記以外 | 344 |
| 計 | 1357 |

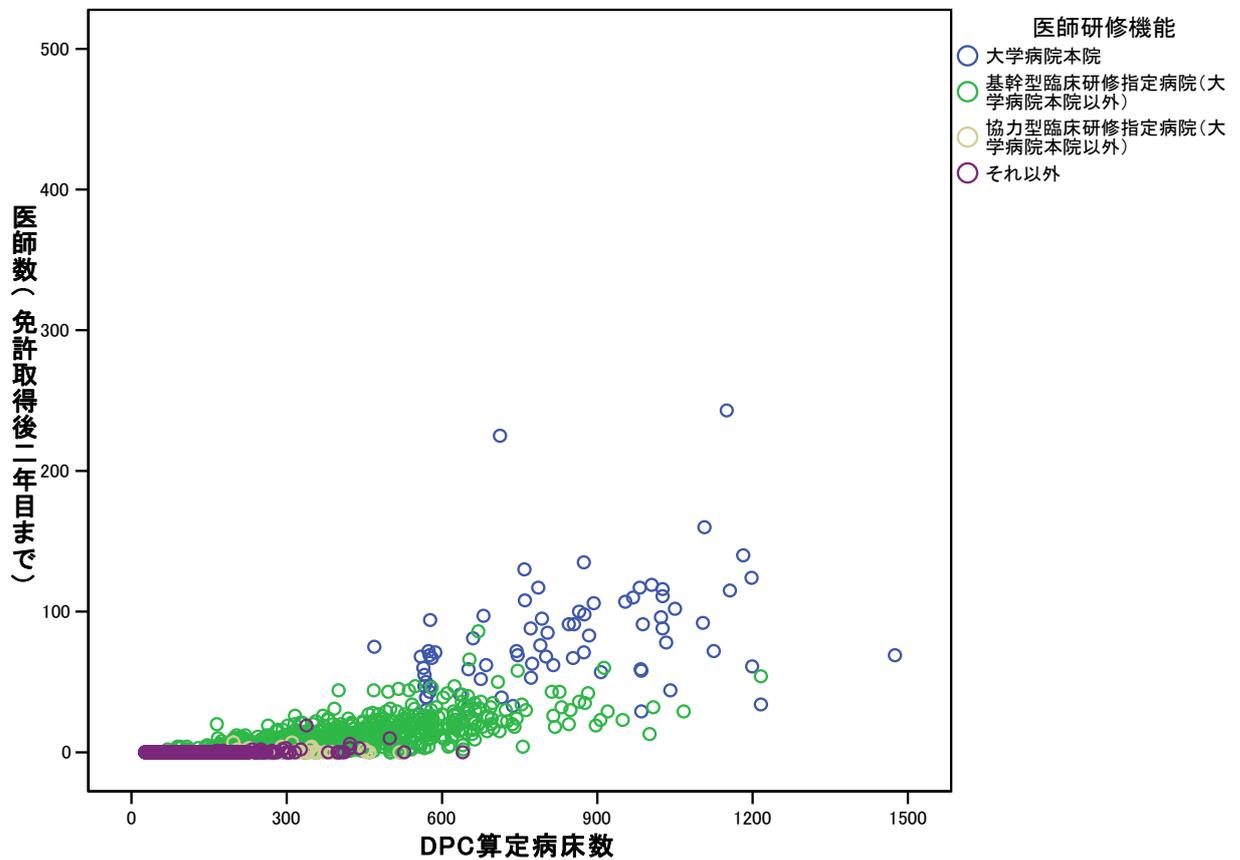
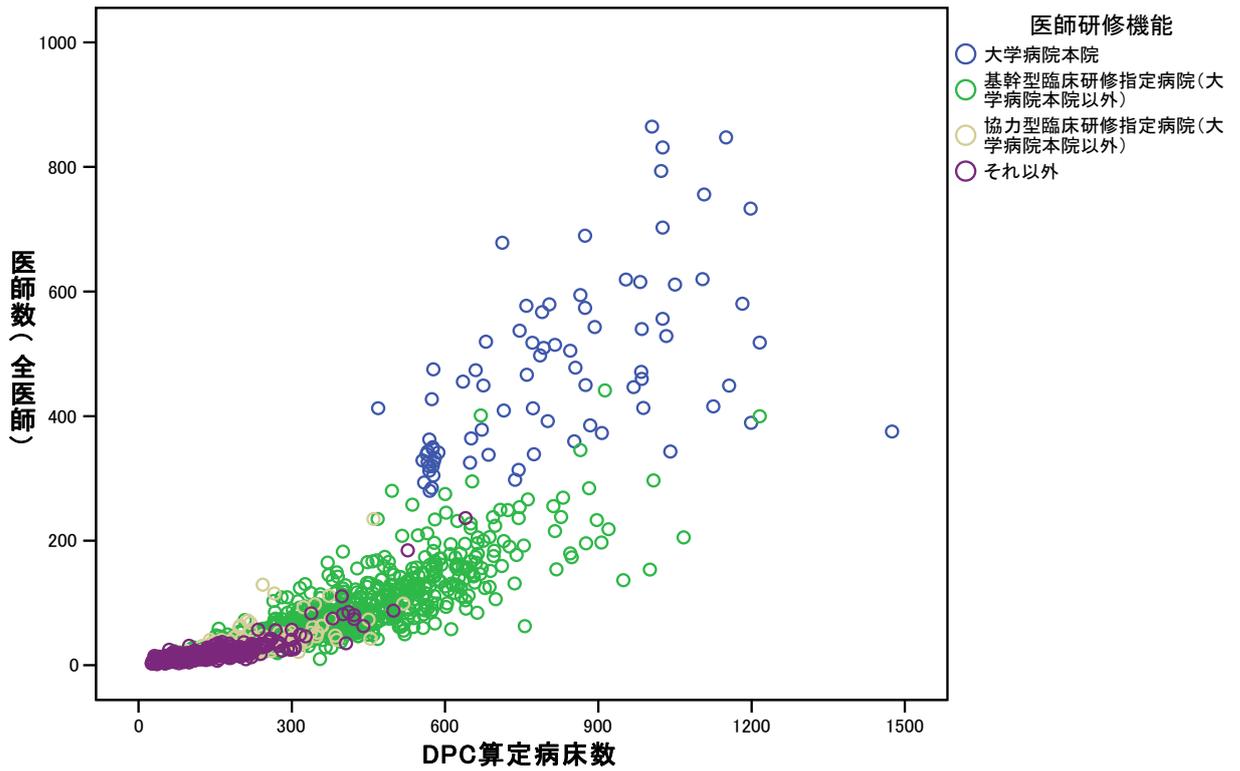
| | | | | | |
|------------------------|-----|--------------------|------------------|------------------|---------|
| 医師密度 (免許取得後 2 年目まで) | 0 | 0.02 未満 (0 を除く) | 0.02～ 0.04 未満 | 0.04～ 0.06 未満 | 0.06 以上 |
| 施設数 | 546 | 320 | 277 | 119 | 95 |

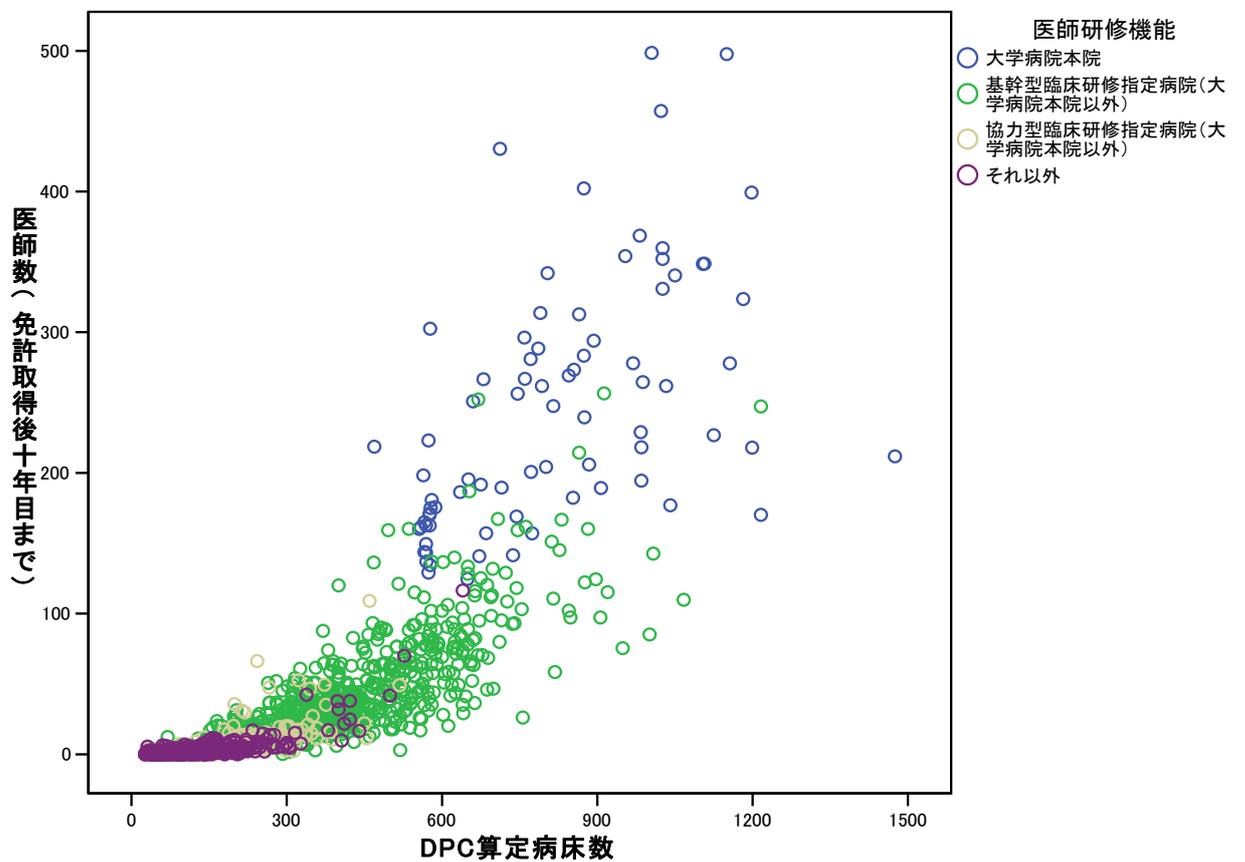
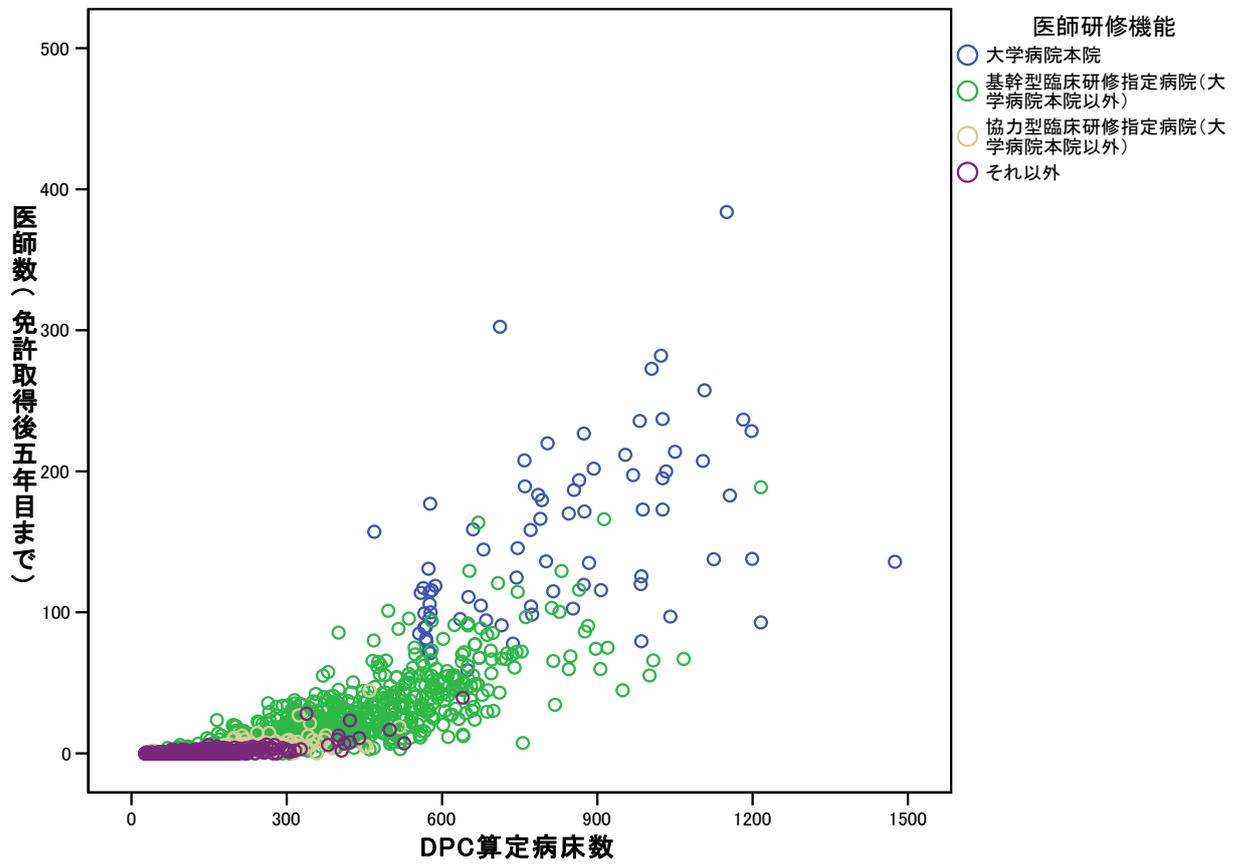
| | | | | | |
|------------------------|-----|--------------------|------------------|------------------|---------|
| 医師密度 (免許取得後 5 年目まで) | 0 | 0.05 未満 (0 を除く) | 0.05～ 0.10 未満 | 0.10～ 0.15 未満 | 0.15 以上 |
| 施設数 | 203 | 719 | 285 | 82 | 68 |

| | | | | | |
|-------------------------|---------|------------------|------------------|------------------|---------|
| 医師密度 (免許取得後 10 年目まで) | 0.05 未満 | 0.05～ 0.10 未満 | 0.10～ 0.15 未満 | 0.15～ 0.20 未満 | 0.20 以上 |
| 施設数 | 614 | 388 | 193 | 67 | 95 |

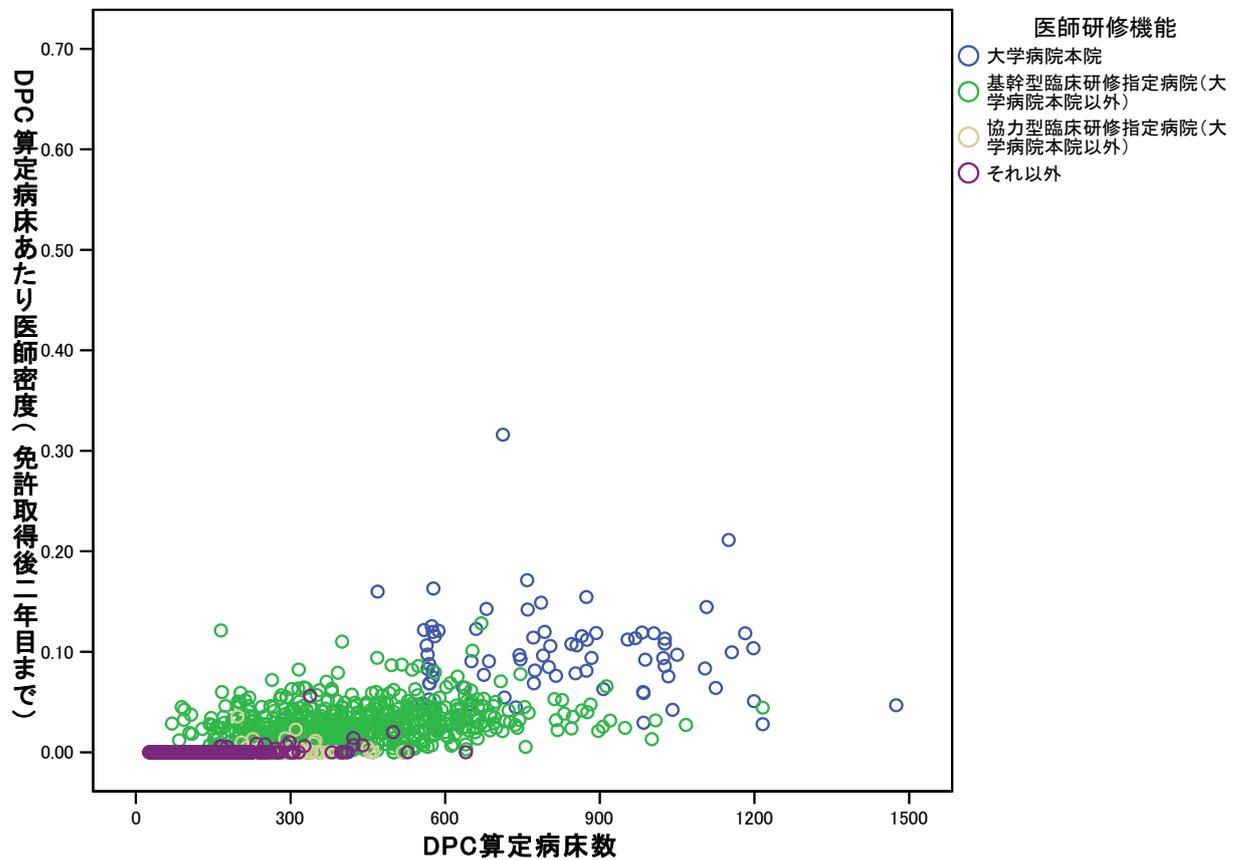
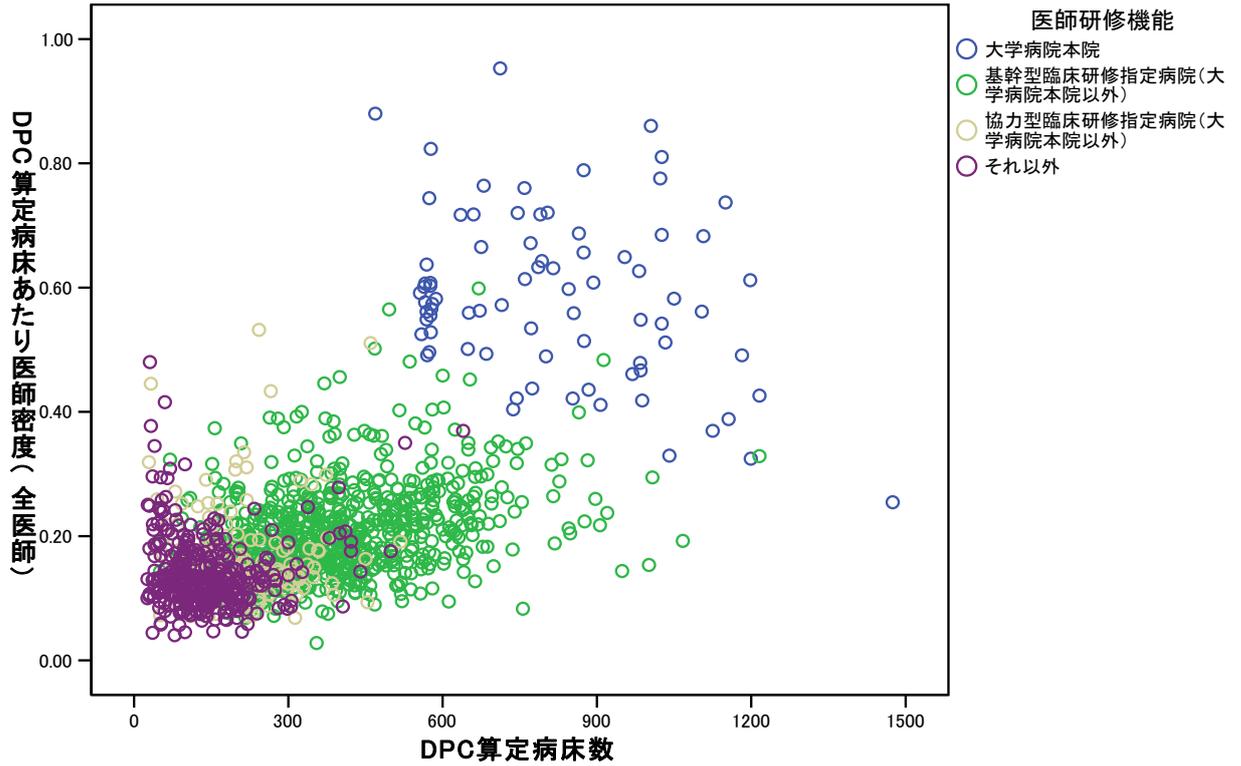
| | | | | | | | |
|---------------|---------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---------|
| 医師密度 (全医師) | 0.05 未満 | 0.05～ 0.10 未満 | 0.10～ 0.15 未満 | 0.15～ 0.20 未満 | 0.20～ 0.25 未満 | 0.25～ 0.30 未満 | 0.30 以上 |
| 施設数 | 6 | 116 | 393 | 345 | 215 | 122 | 160 |

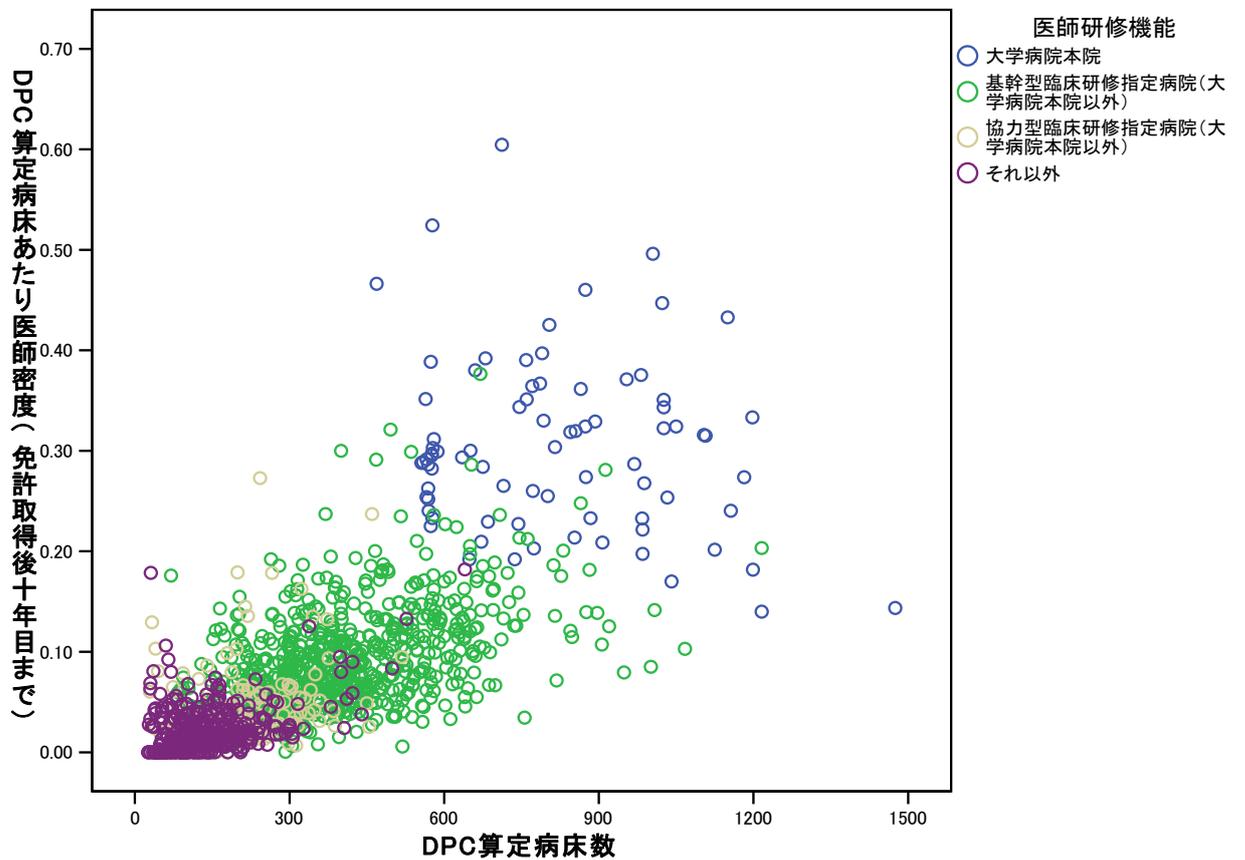
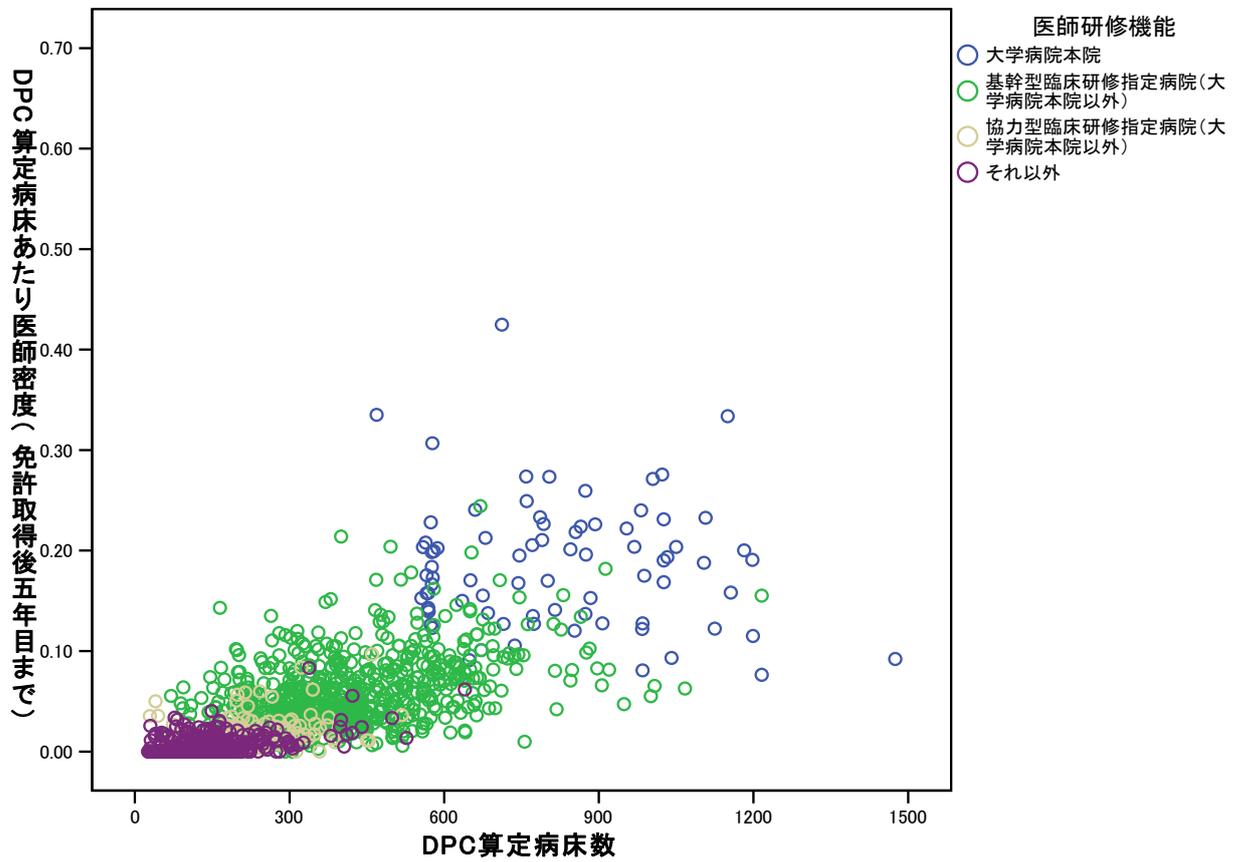
1. DPC算定病床数 × 医師数(医師免許取得後経験年数別)



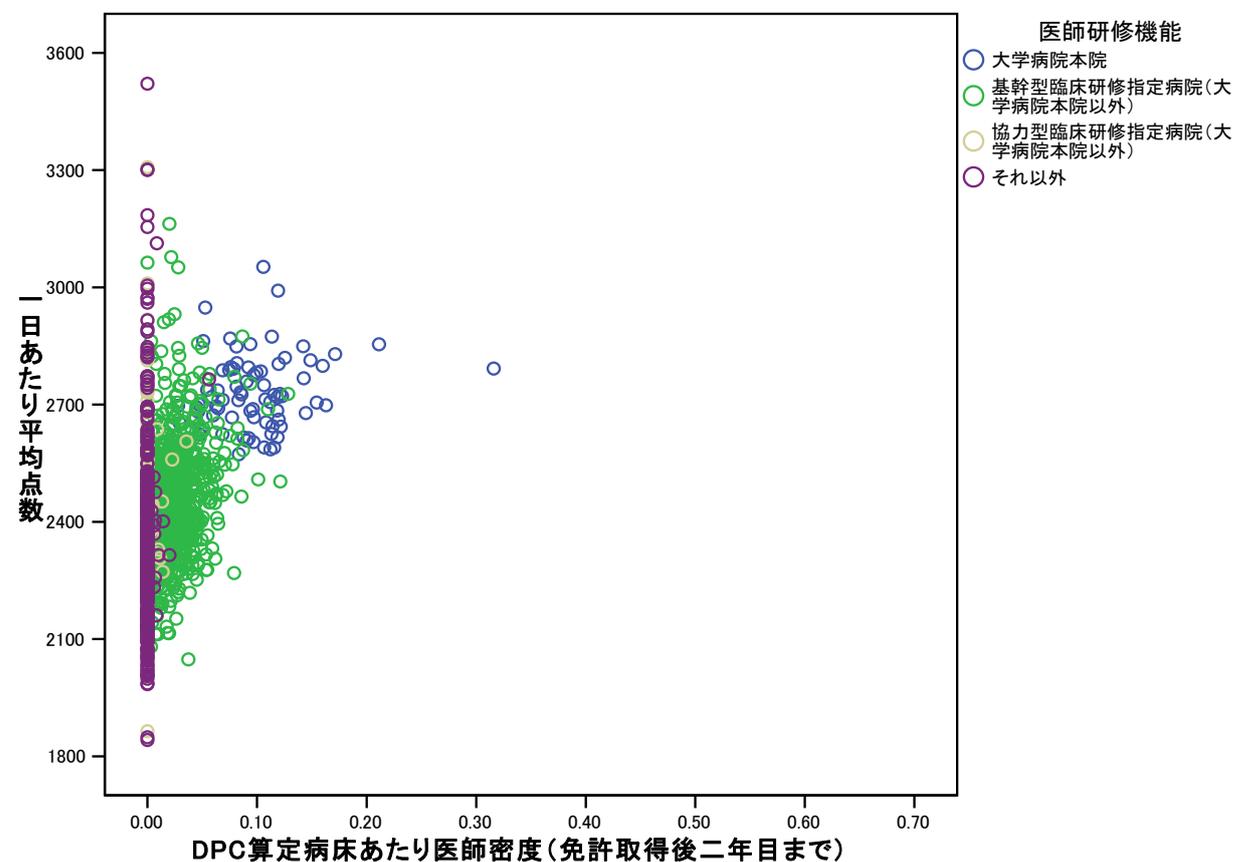
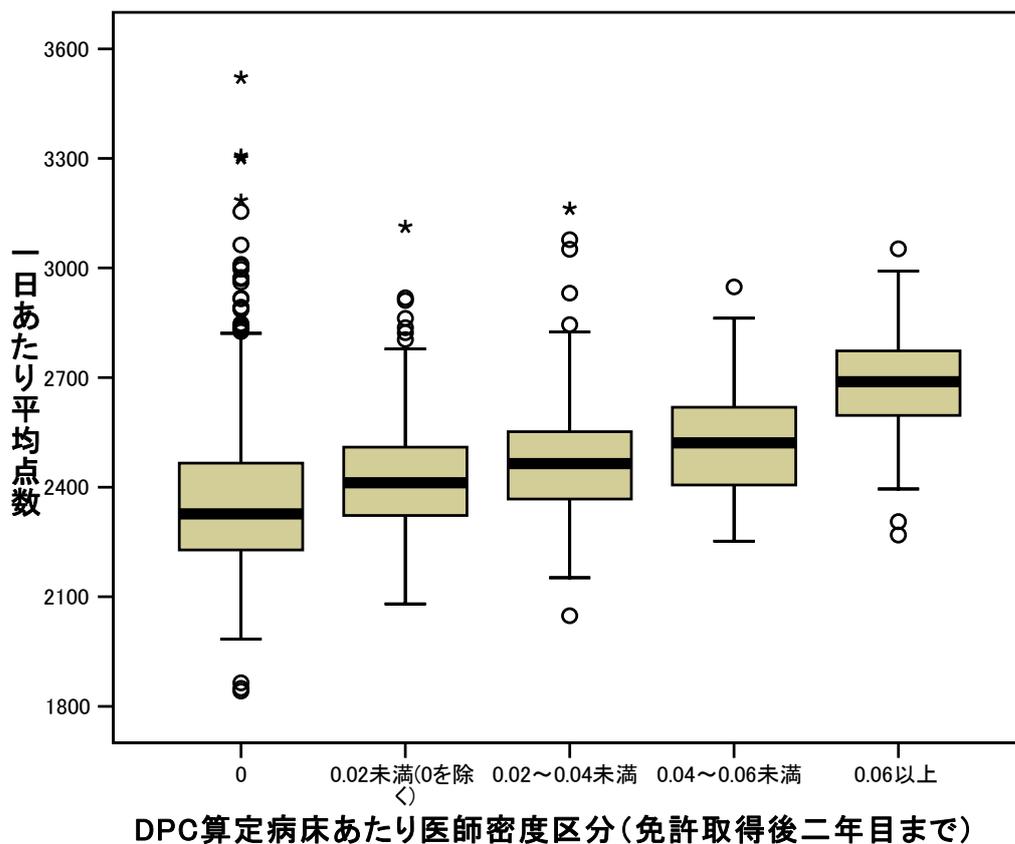


2. DPC算定病床数×DPC算定病床あたりの医師密度
(医師免許取得後経験年数別)

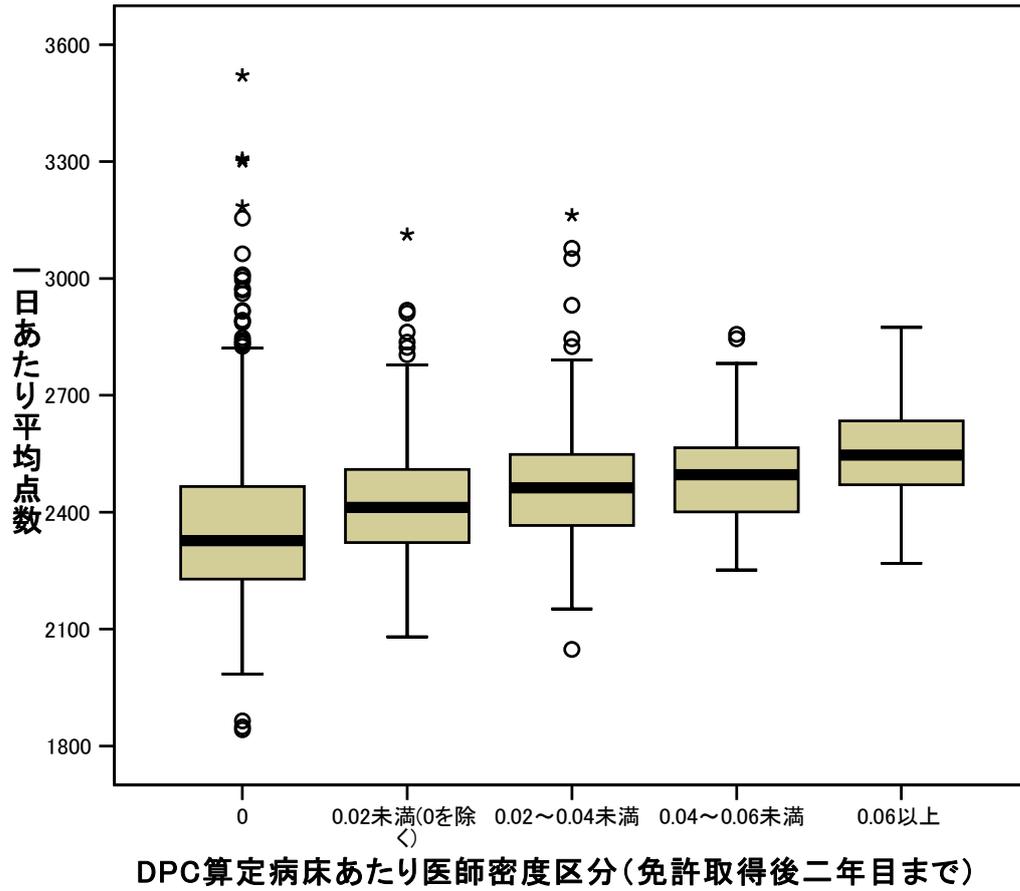




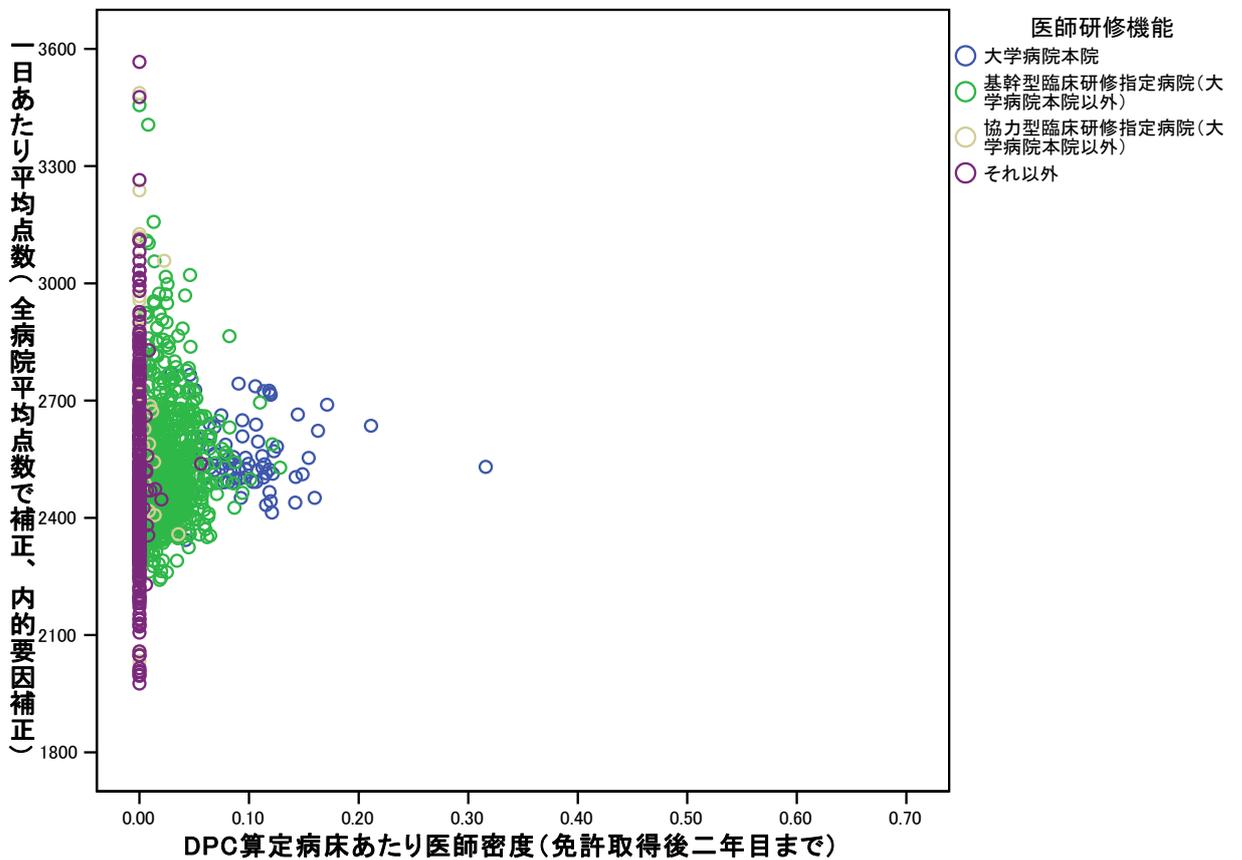
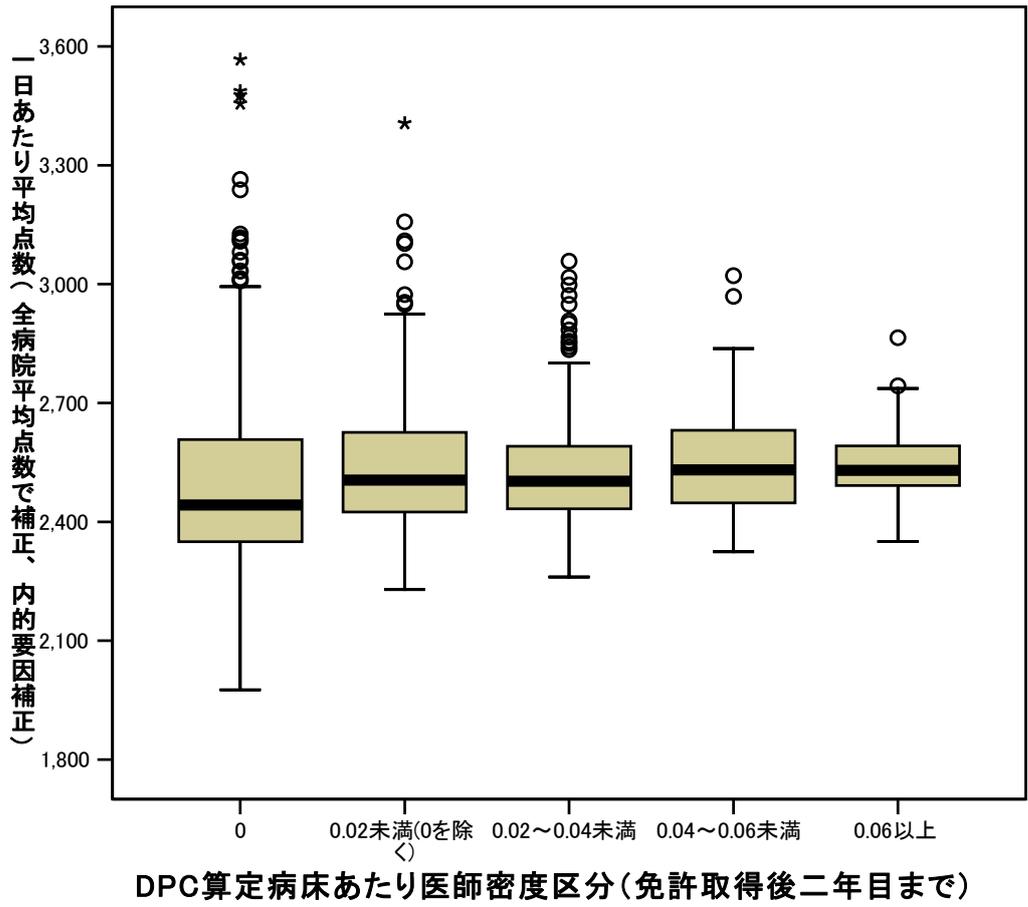
3. DPC算定病床あたりの医師密度(免許取得後2年目まで)
 ×1日あたり平均点数
 (1) 1日あたり平均点数
 ○大学病院本院を含めて集計した場合



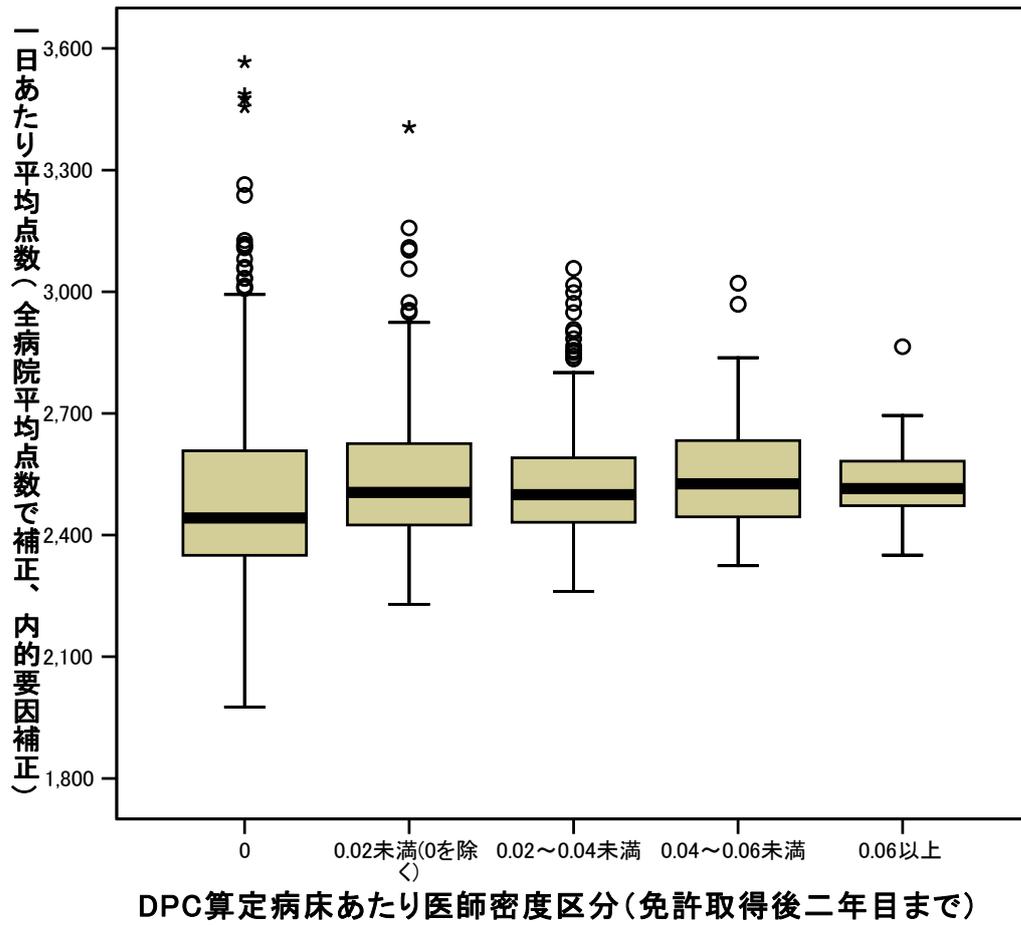
○大学病院本院以外で集計した場合



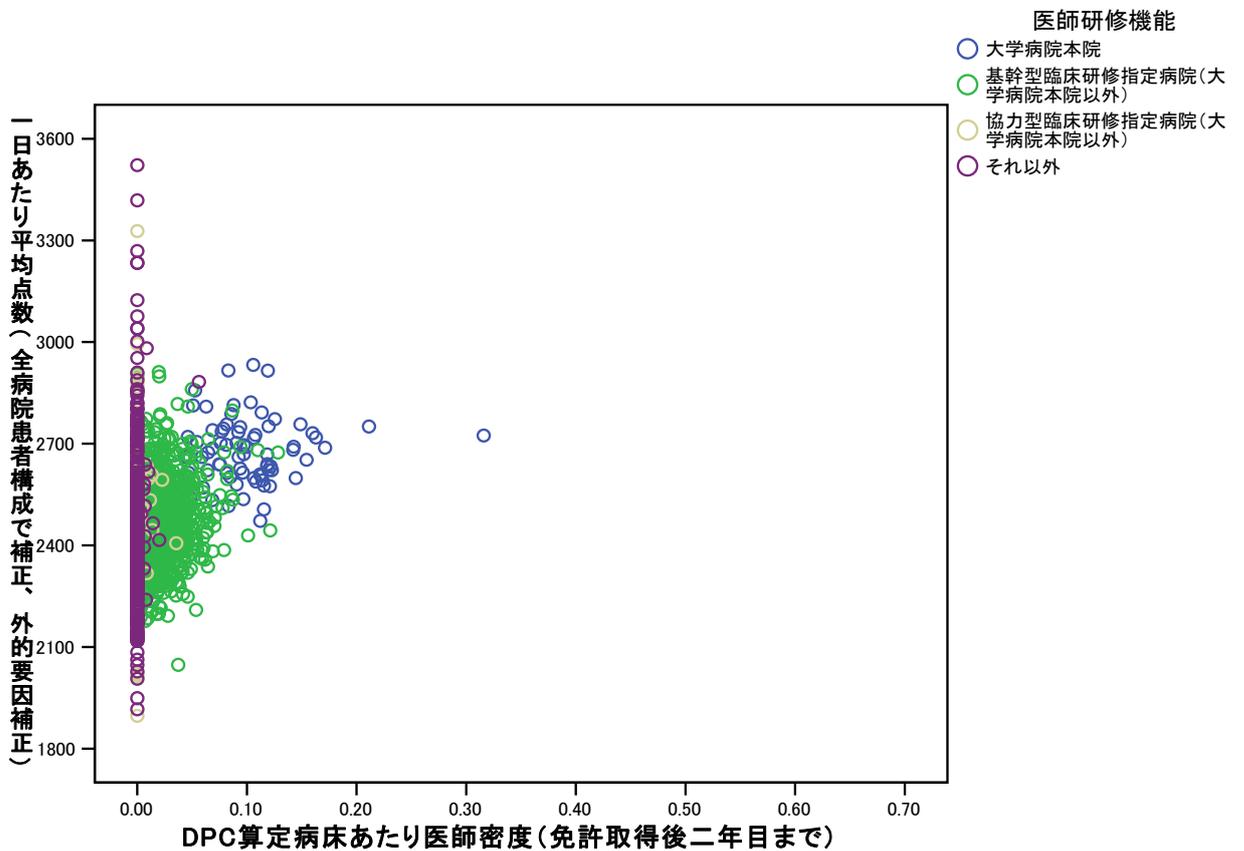
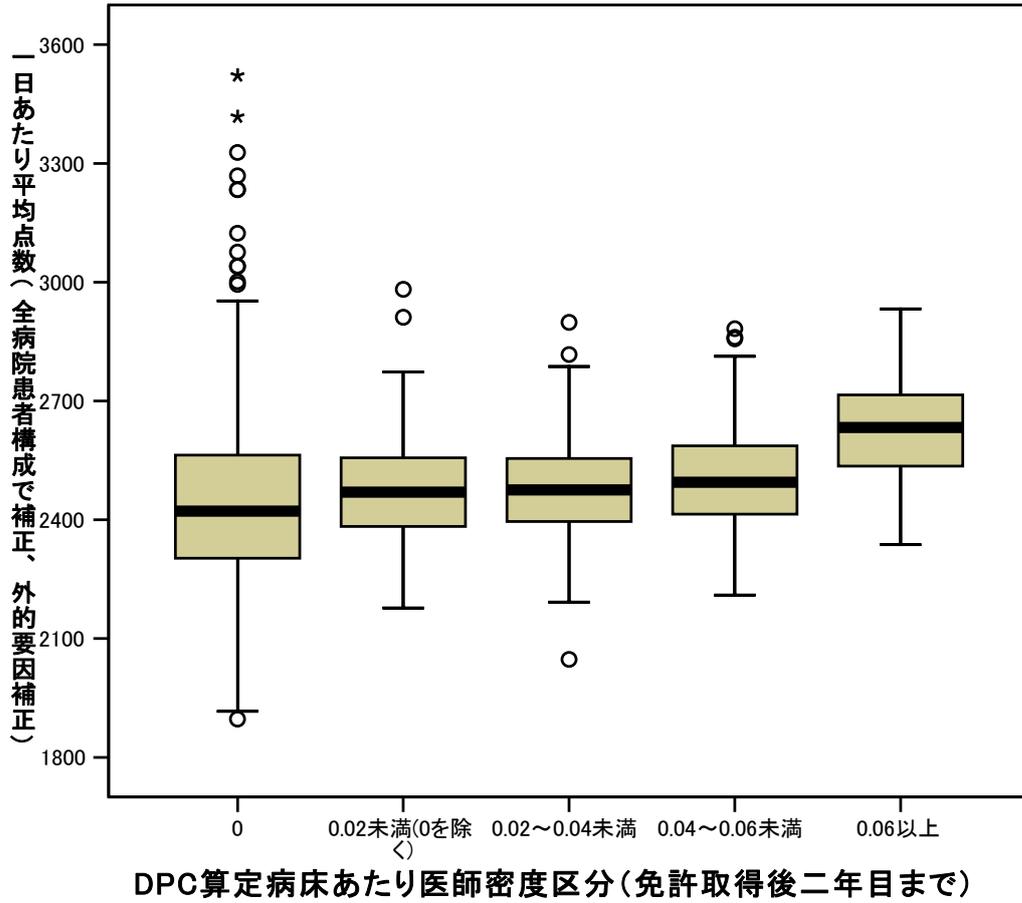
(2) 全病院の平均点で補正後の1日あたり平均点数
 ○大学病院本院を含めて集計した場合



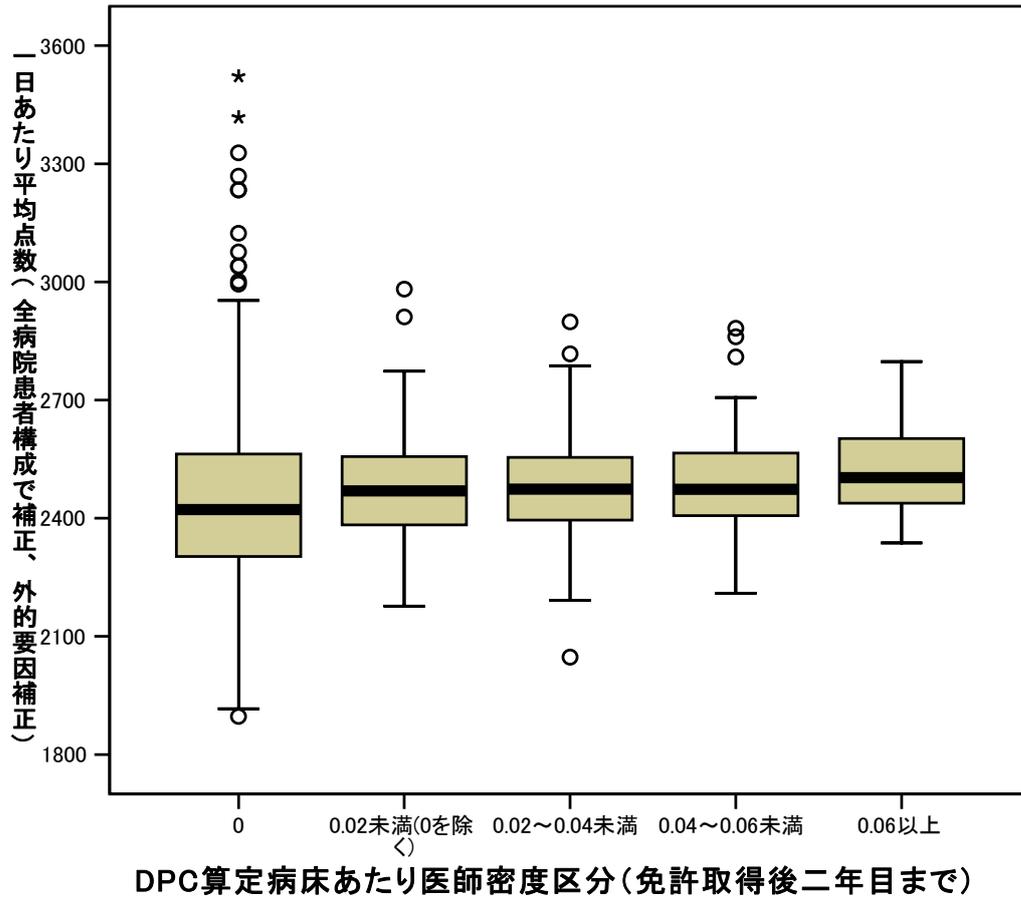
○大学病院本院以外で集計した場合



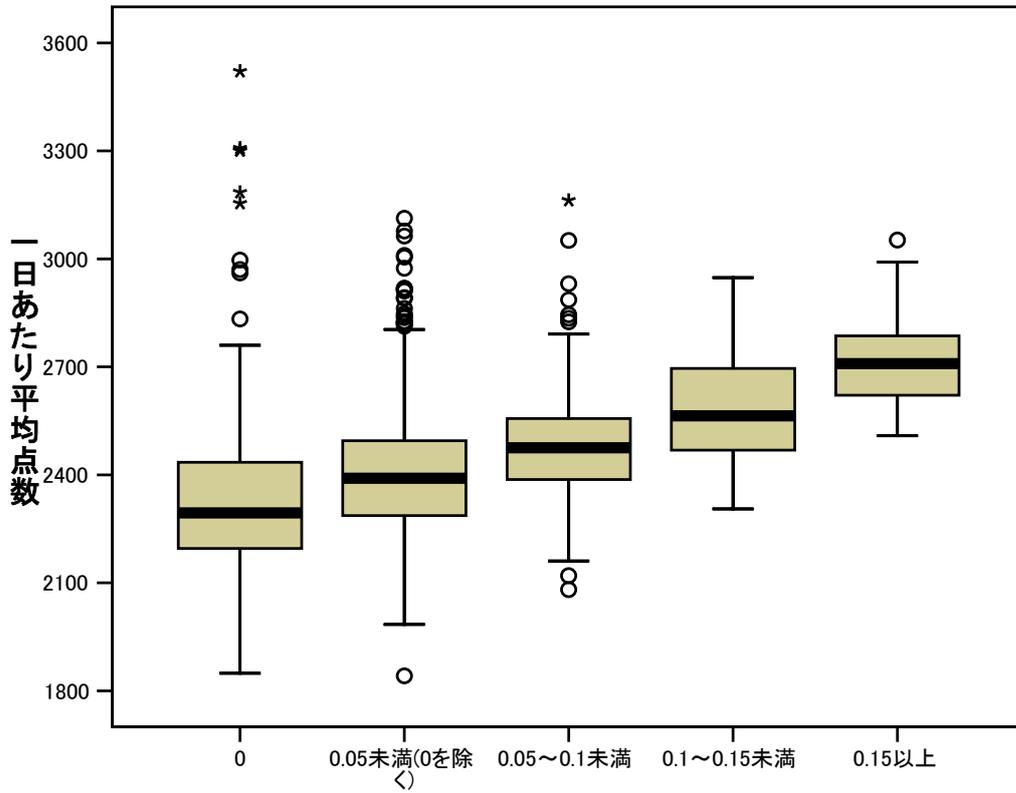
(3) 全病院の患者構成で補正後の1日あたり平均点数
 ○大学病院本院を含めて集計した場合



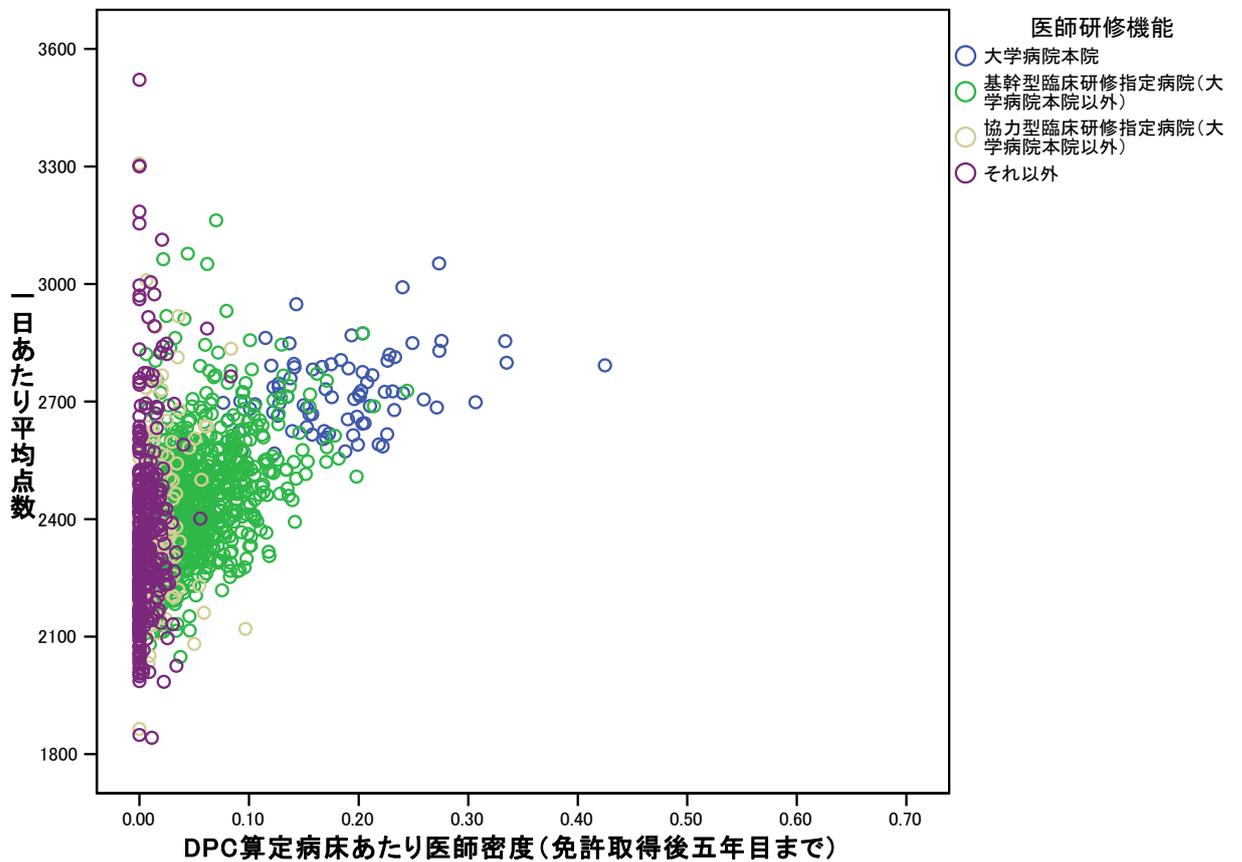
○大学病院本院以外で集計した場合



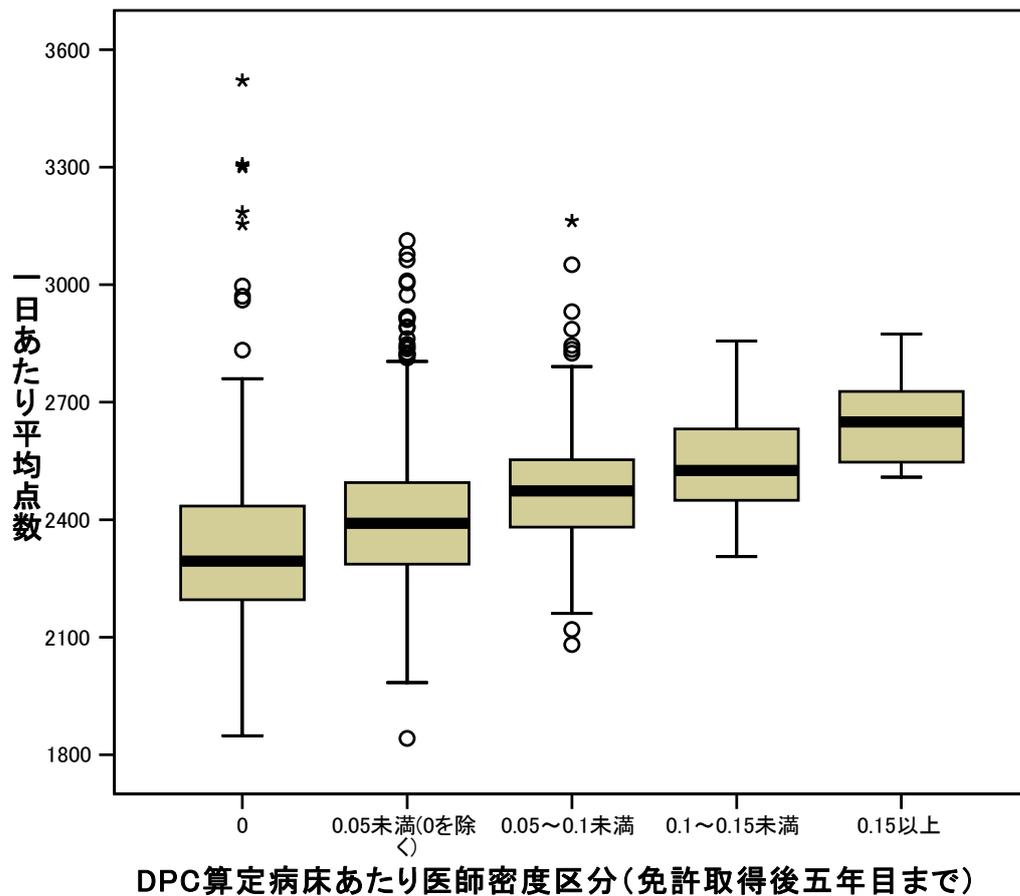
4. DPC算定病床あたりの医師密度(免許取得後5年目まで)
 ×1日あたり平均点数
 (1) 1日あたり平均点数
 ○大学病院本院を含めて集計した場合



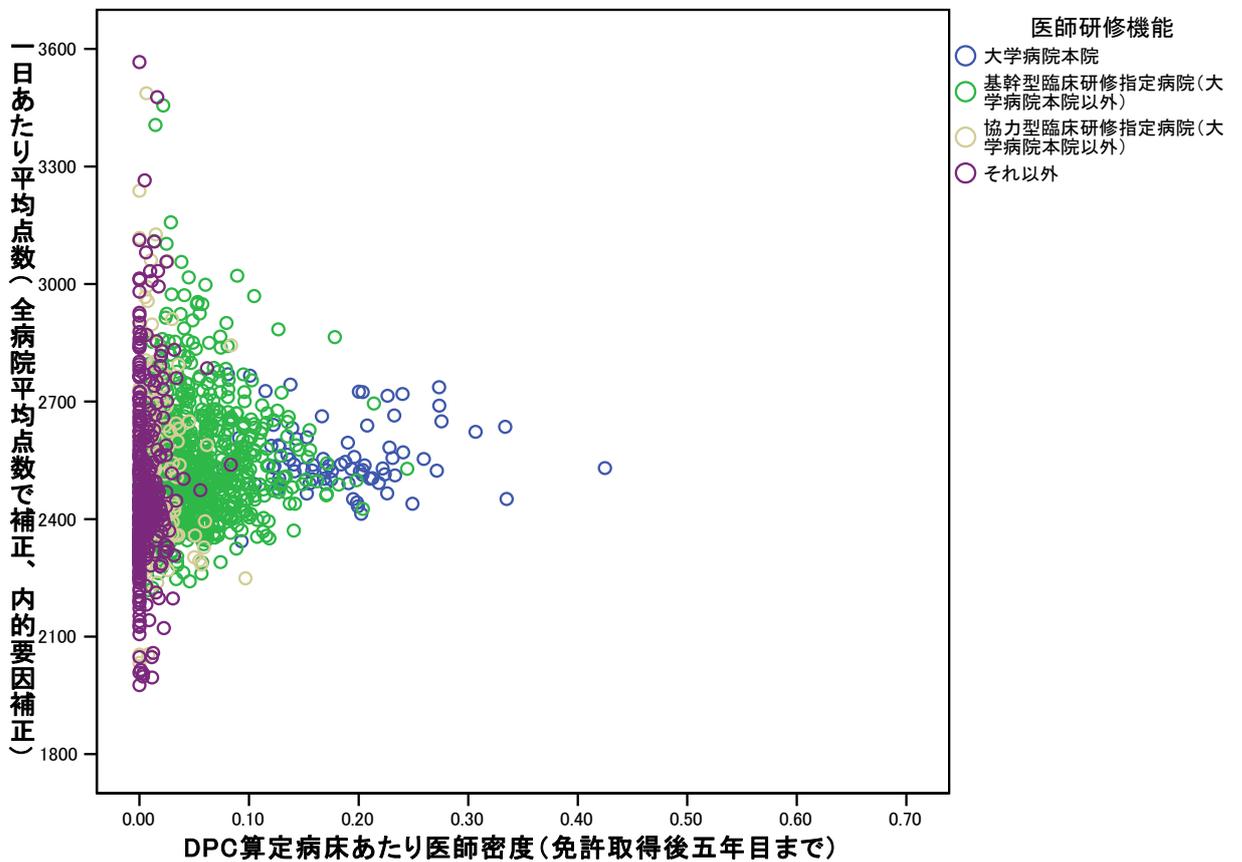
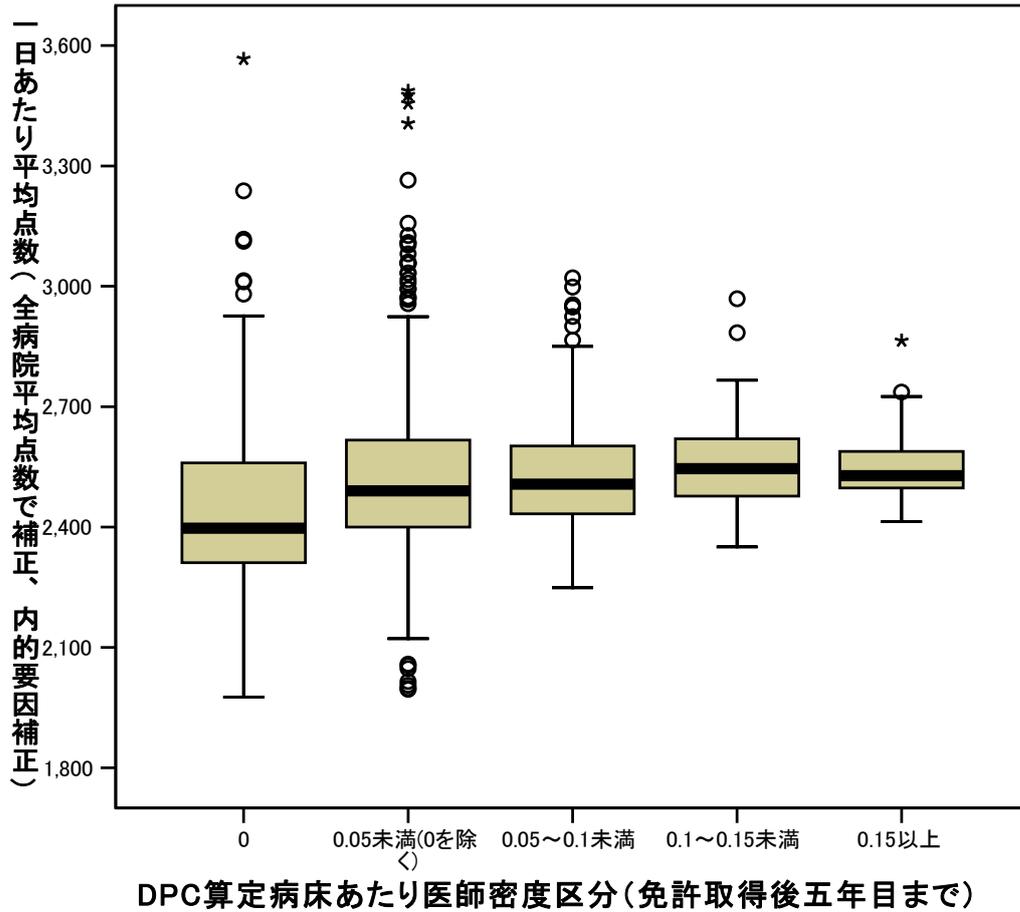
DPC算定病床あたり医師密度区分(免許取得後5年目まで)



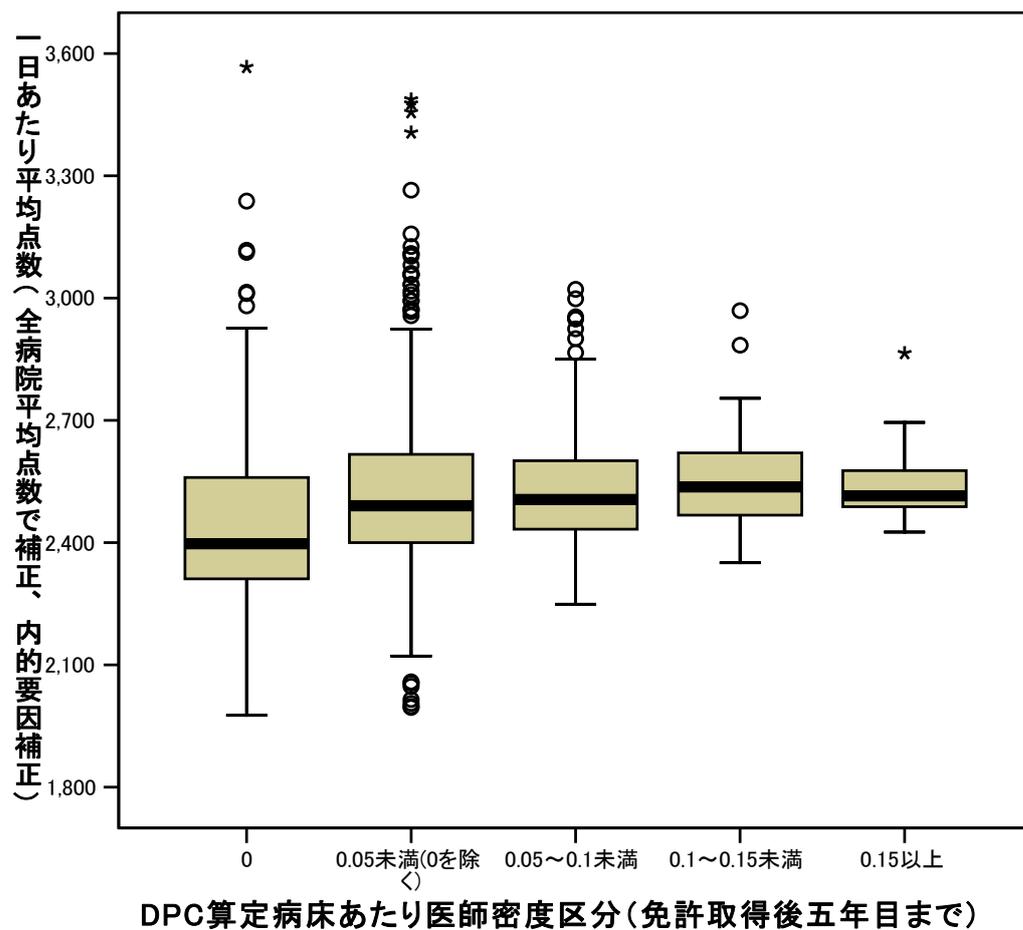
○大学病院本院以外で集計した場合



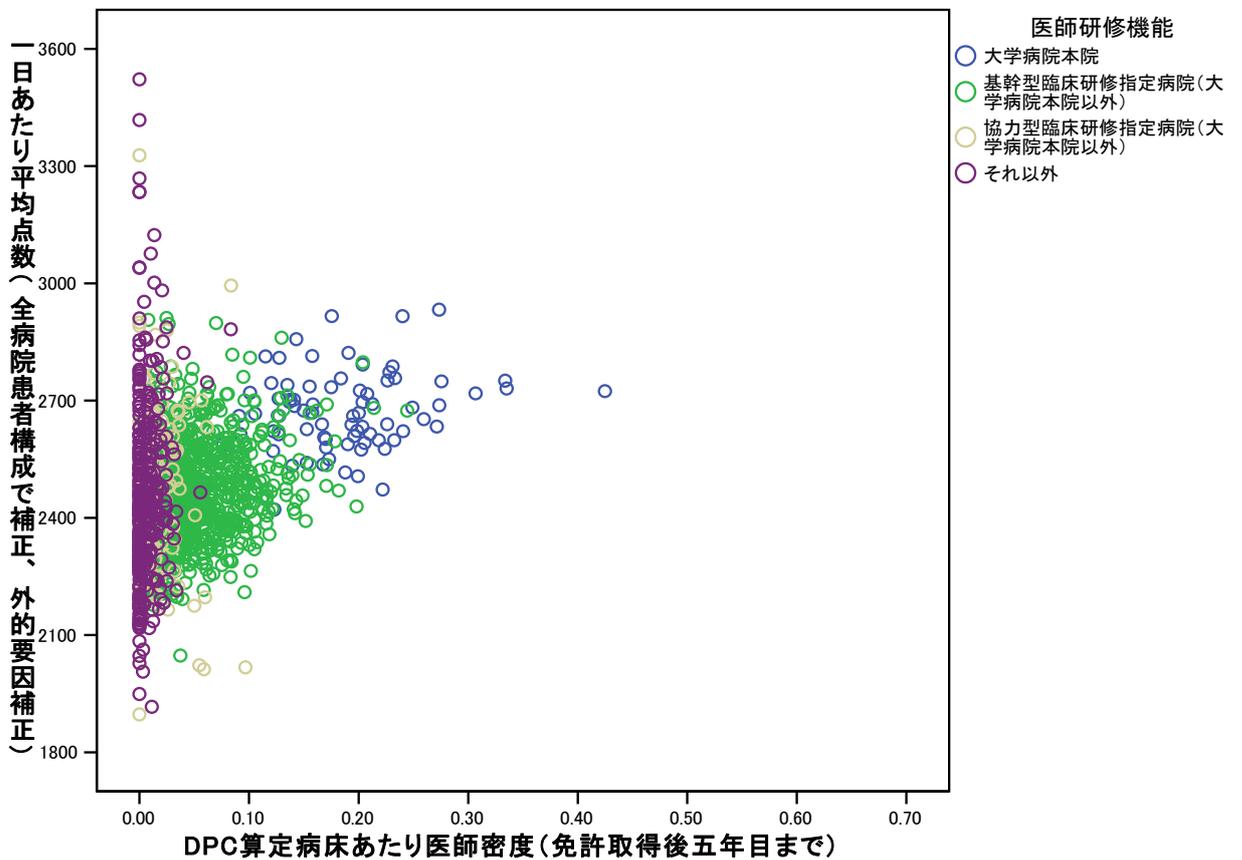
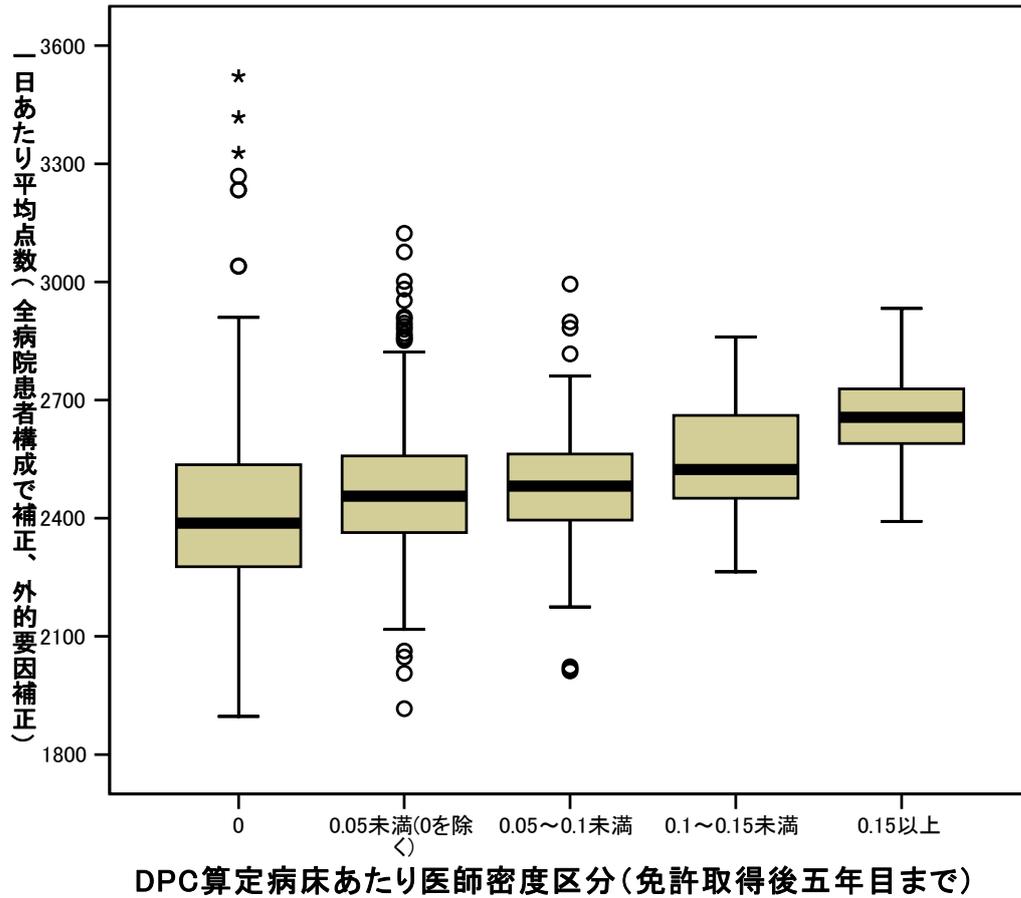
(2) 全病院の平均点で補正後の1日あたり平均点数
 ○大学病院本院を含めて集計した場合



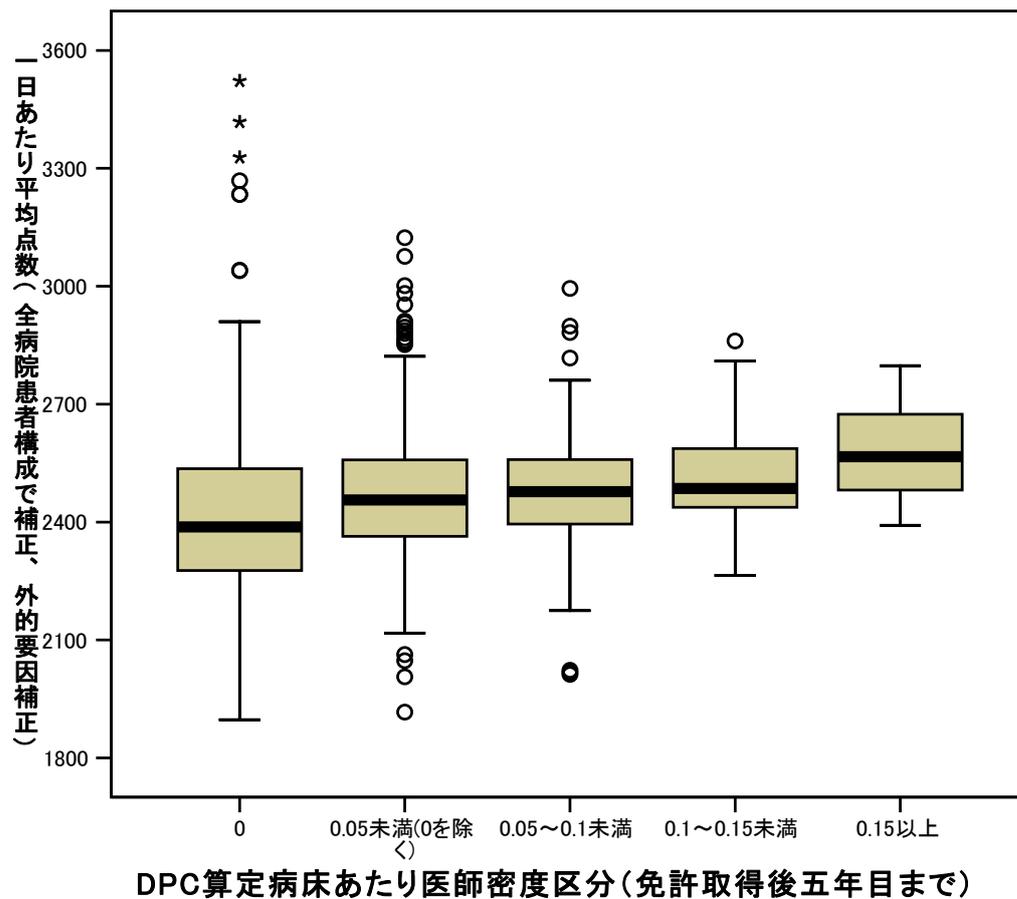
○大学病院本院以外で集計した場合



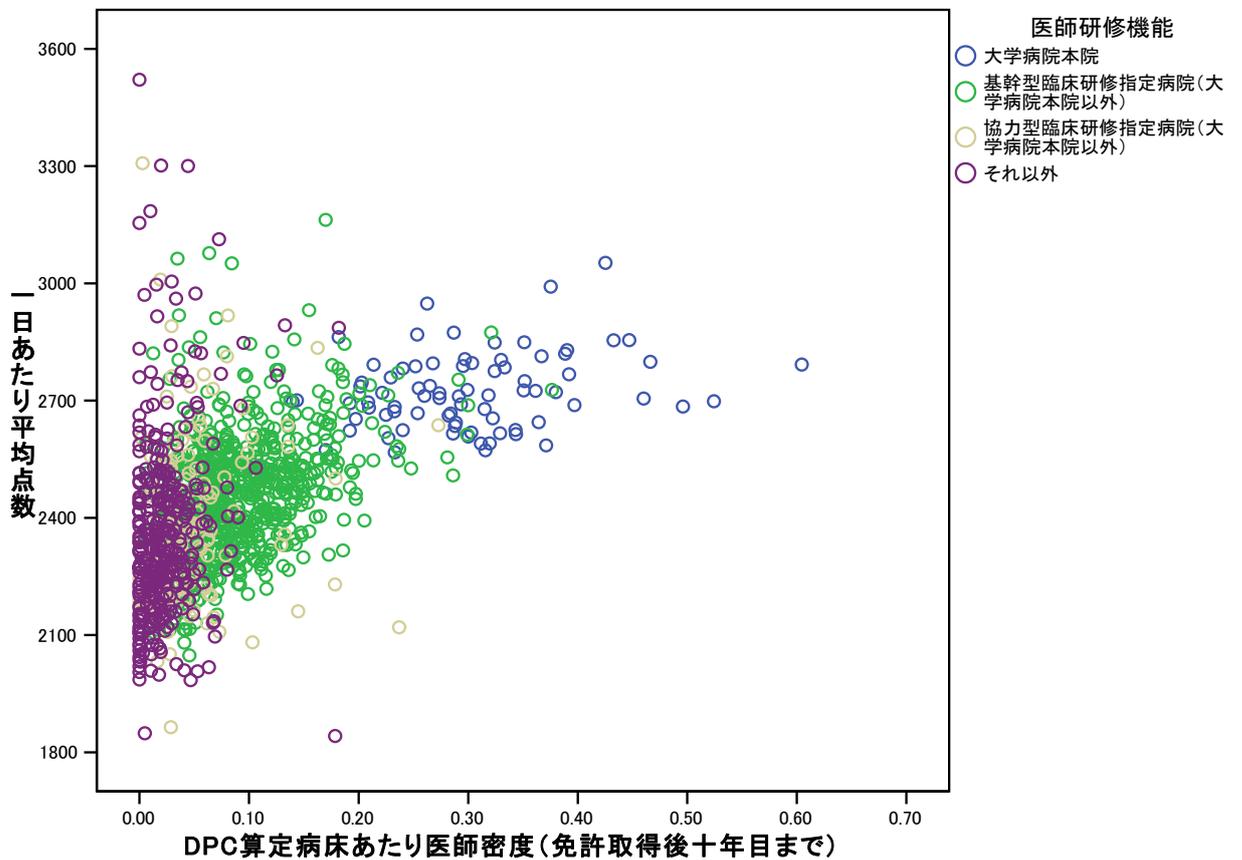
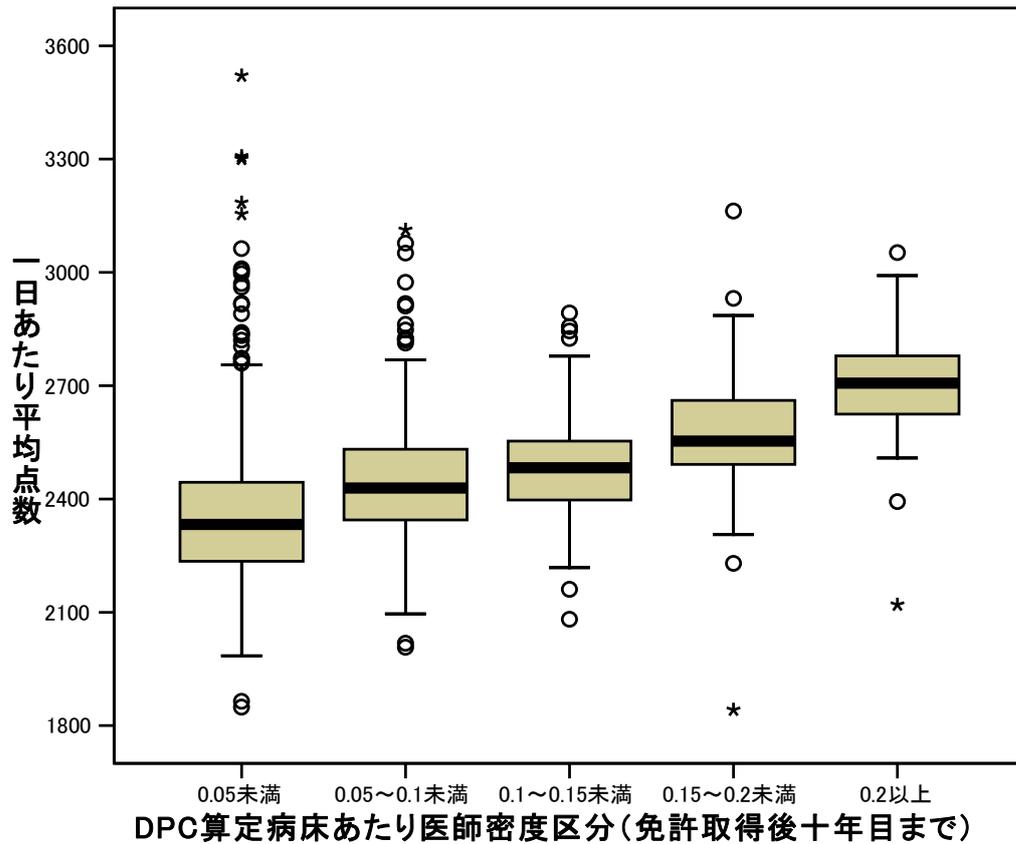
(3) 全病院の患者構成で補正後の1日あたり平均点数
 ○大学病院本院を含めて集計した場合



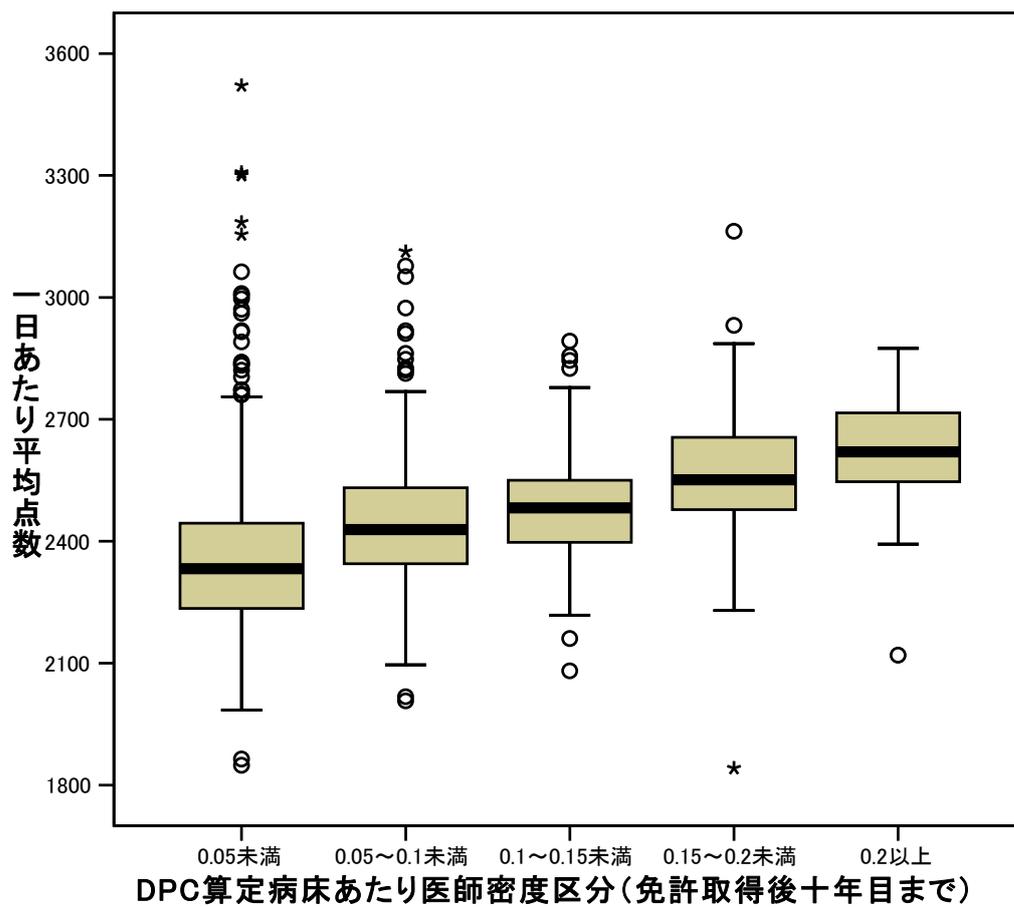
○大学病院本院以外で集計した場合



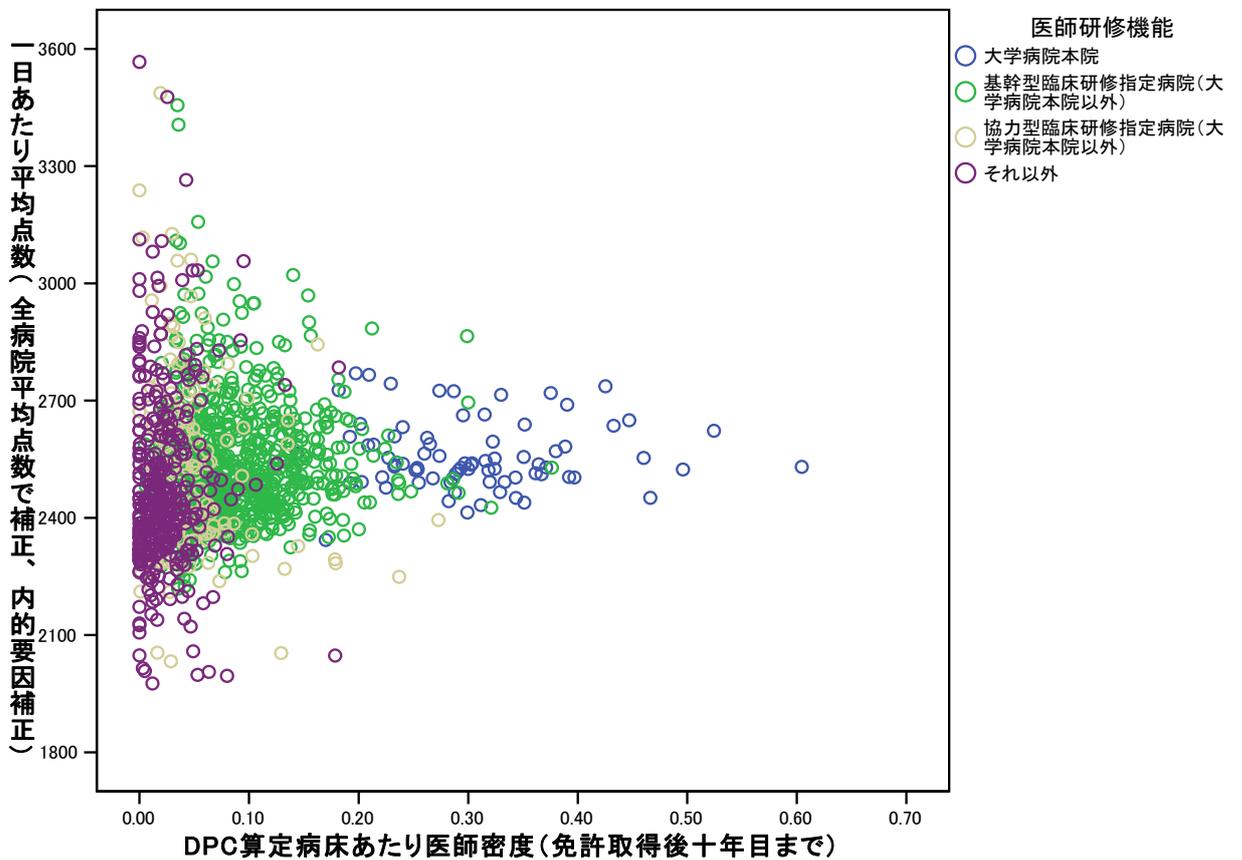
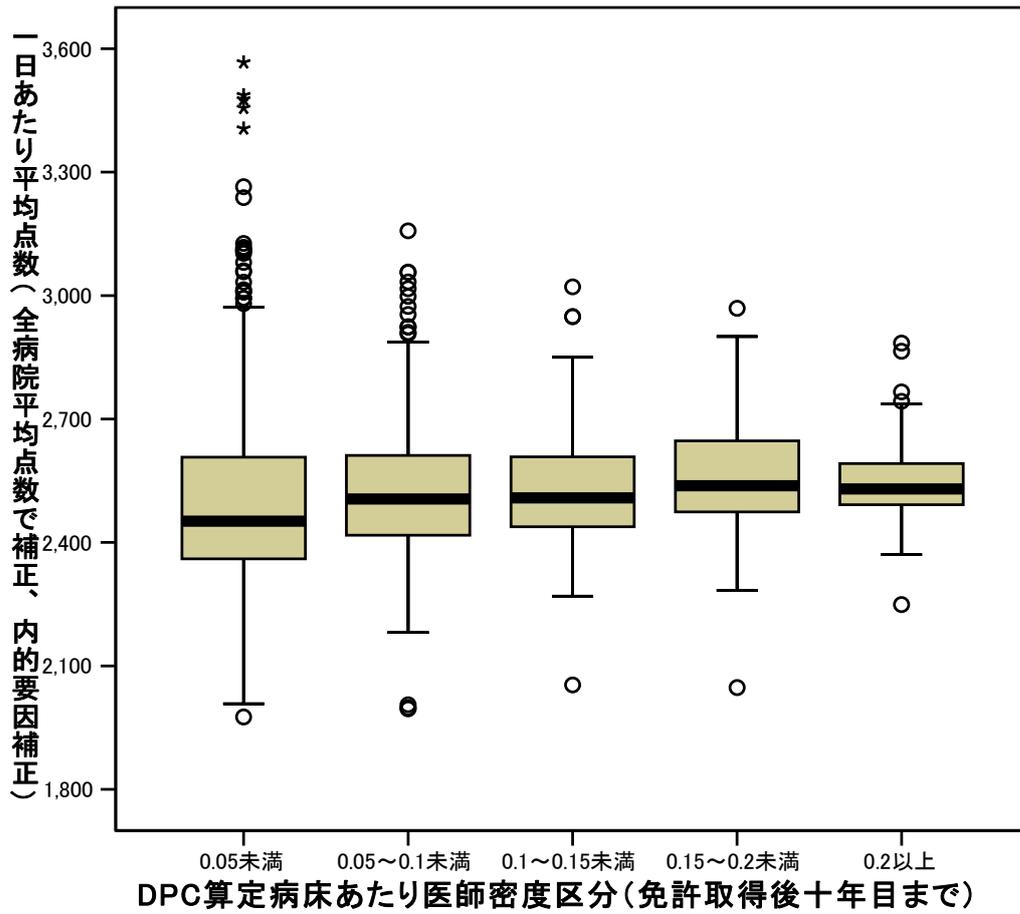
5. DPC算定病床あたりの医師密度(免許取得後10年目まで)
 ×1日あたり平均点数
 (1) 1日あたり平均点数
 ○大学病院本院を含めて集計した場合



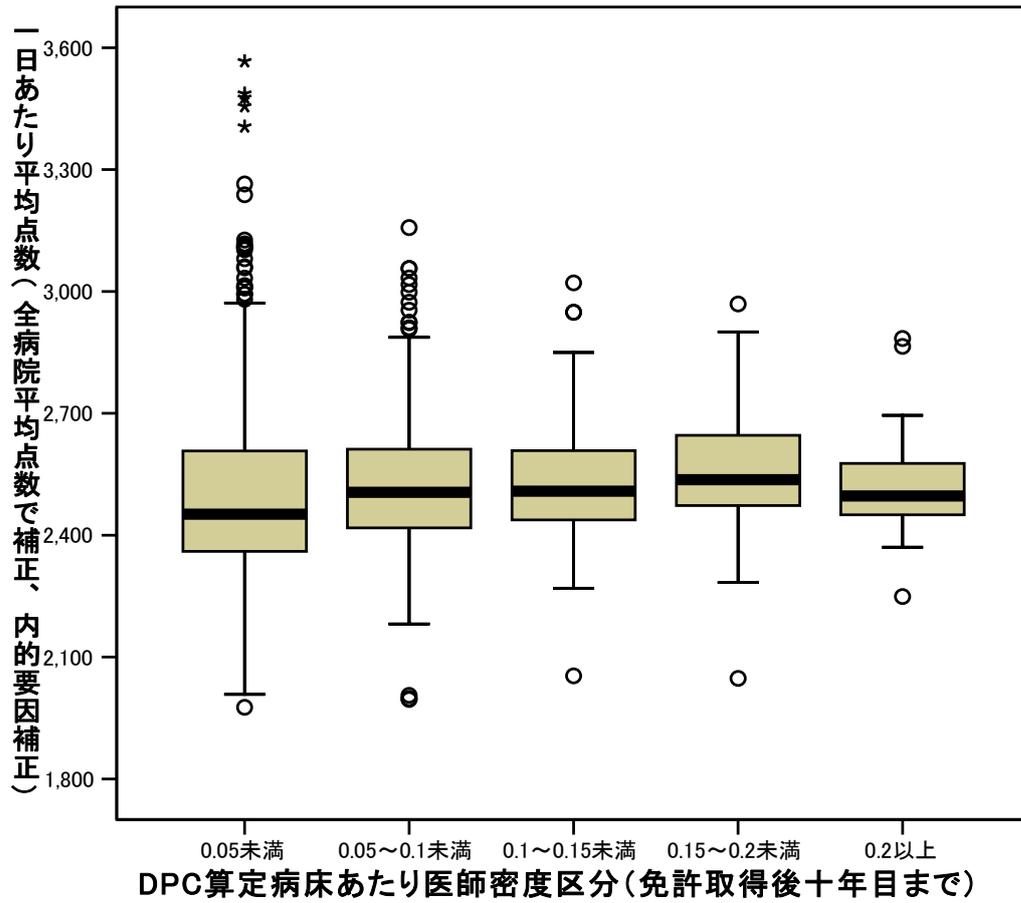
○大学病院本院以外で集計した場合



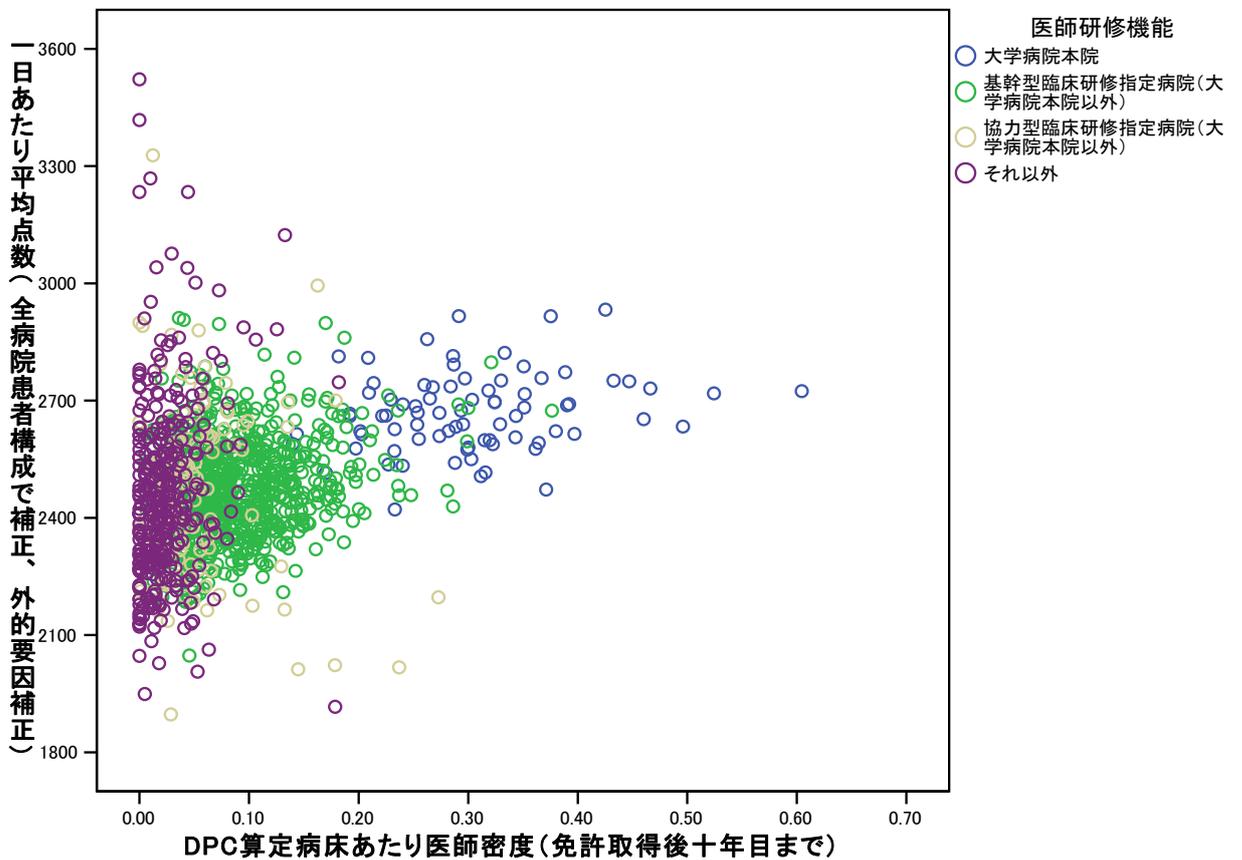
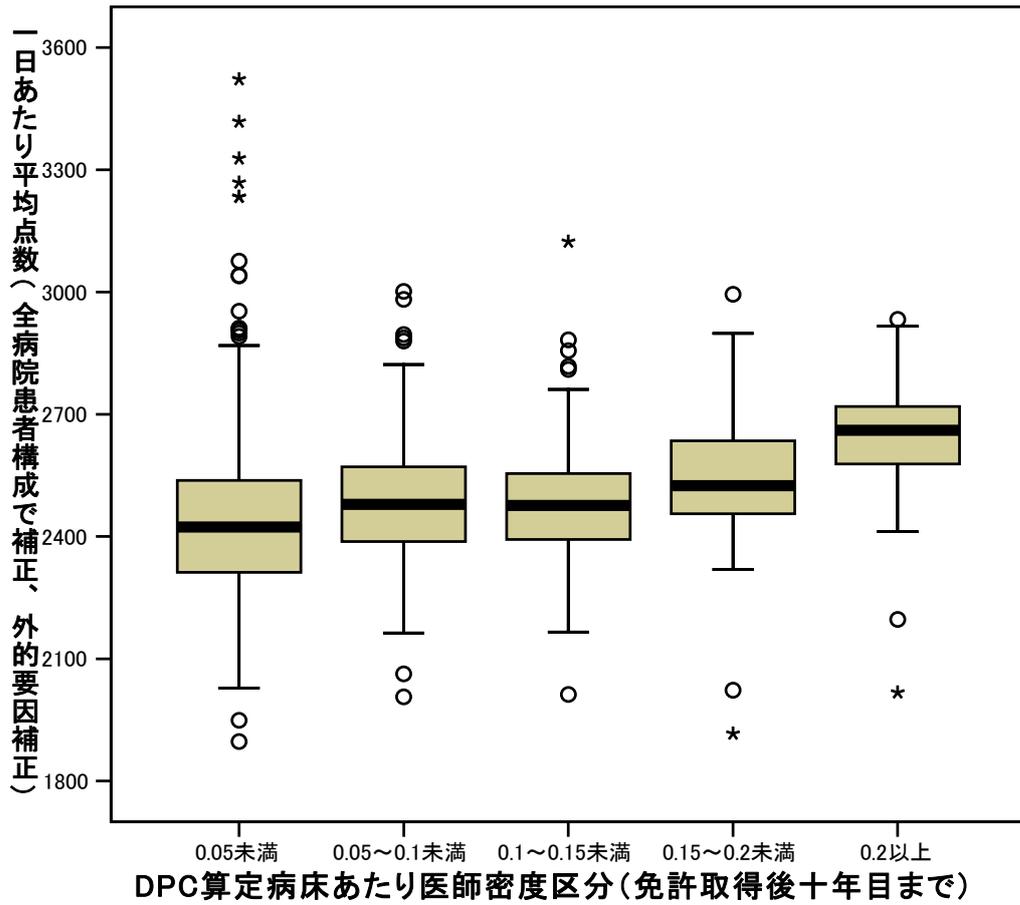
(2) 全病院の平均点で補正後の1日あたり平均点数
 ○大学病院本院を含めて集計した場合



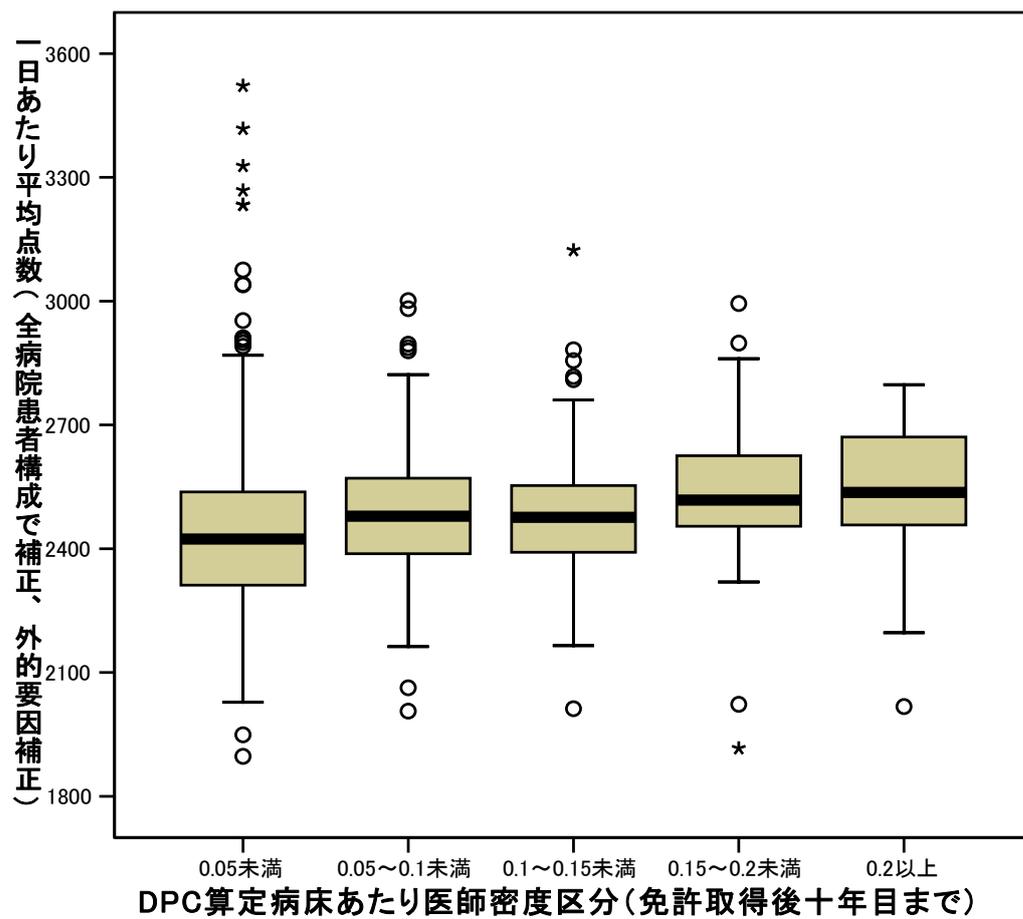
○大学病院本院以外で集計した場合



(3) 全病院の患者構成で補正後の1日あたり平均点数
 ○大学病院本院を含めて集計した場合



○大学病院本院以外で集計した場合

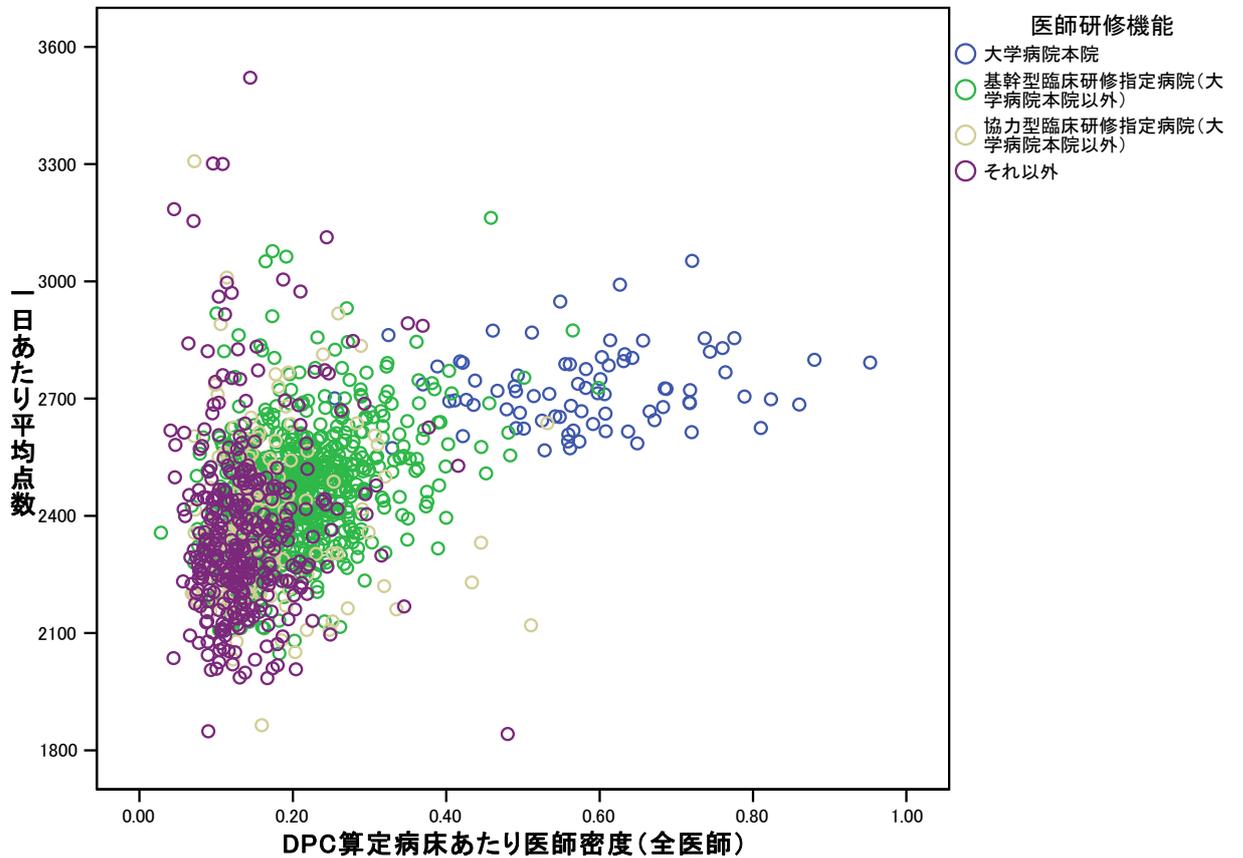
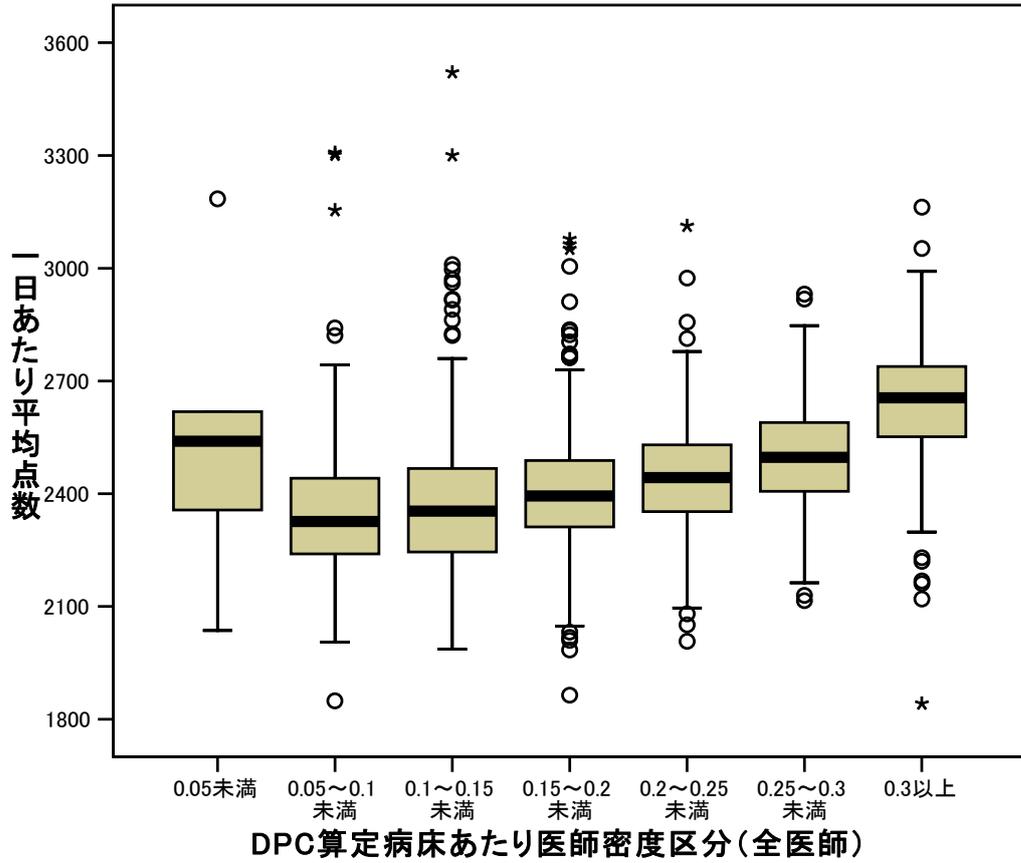


6. DPC算定病床あたりの医師密度(全医師数)

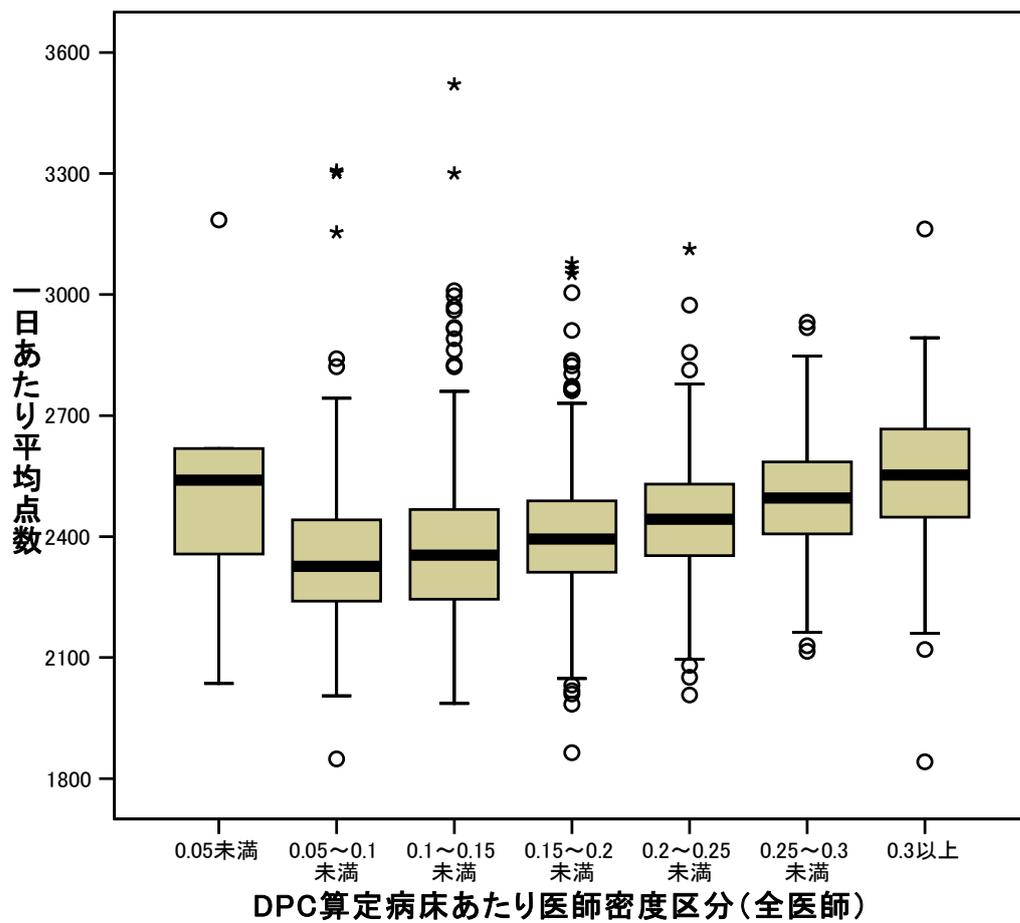
× 1日あたり平均点数

(1) 1日あたり平均点数

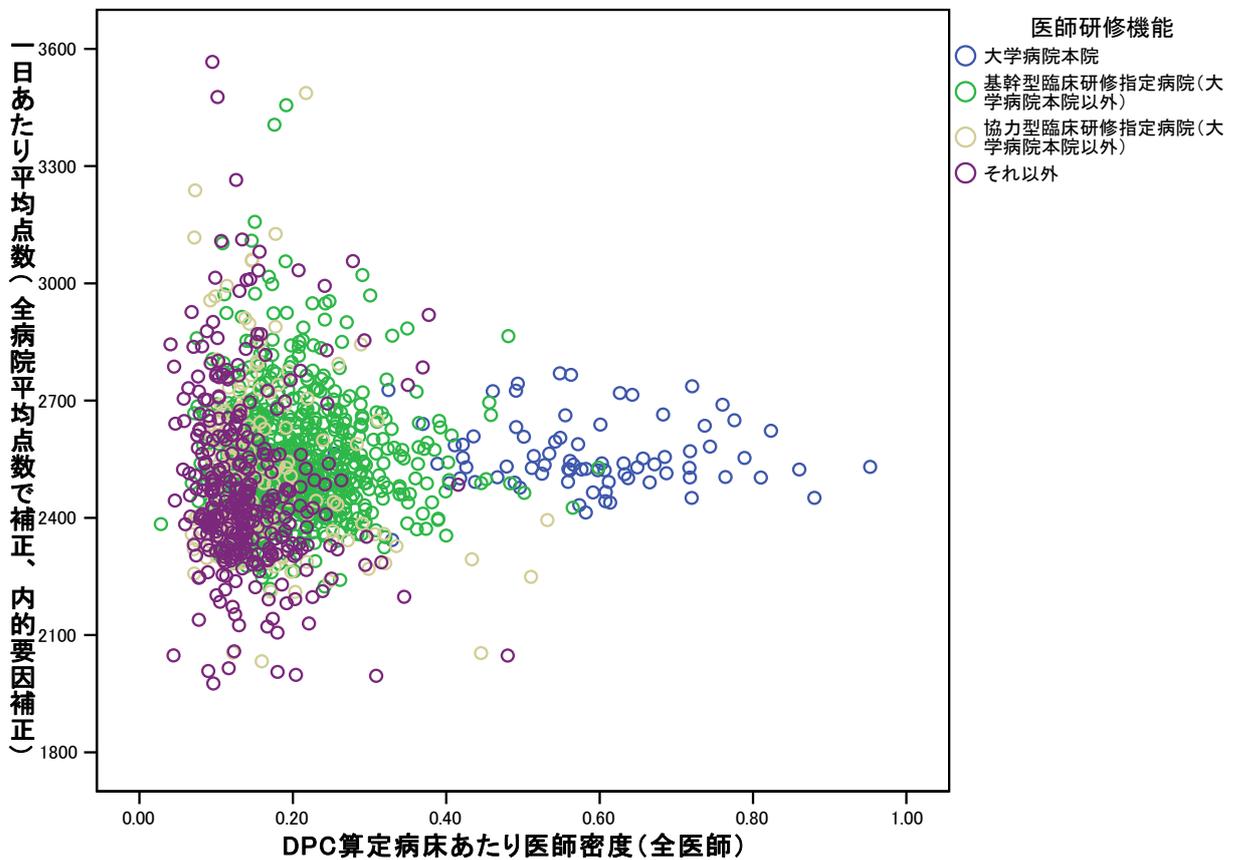
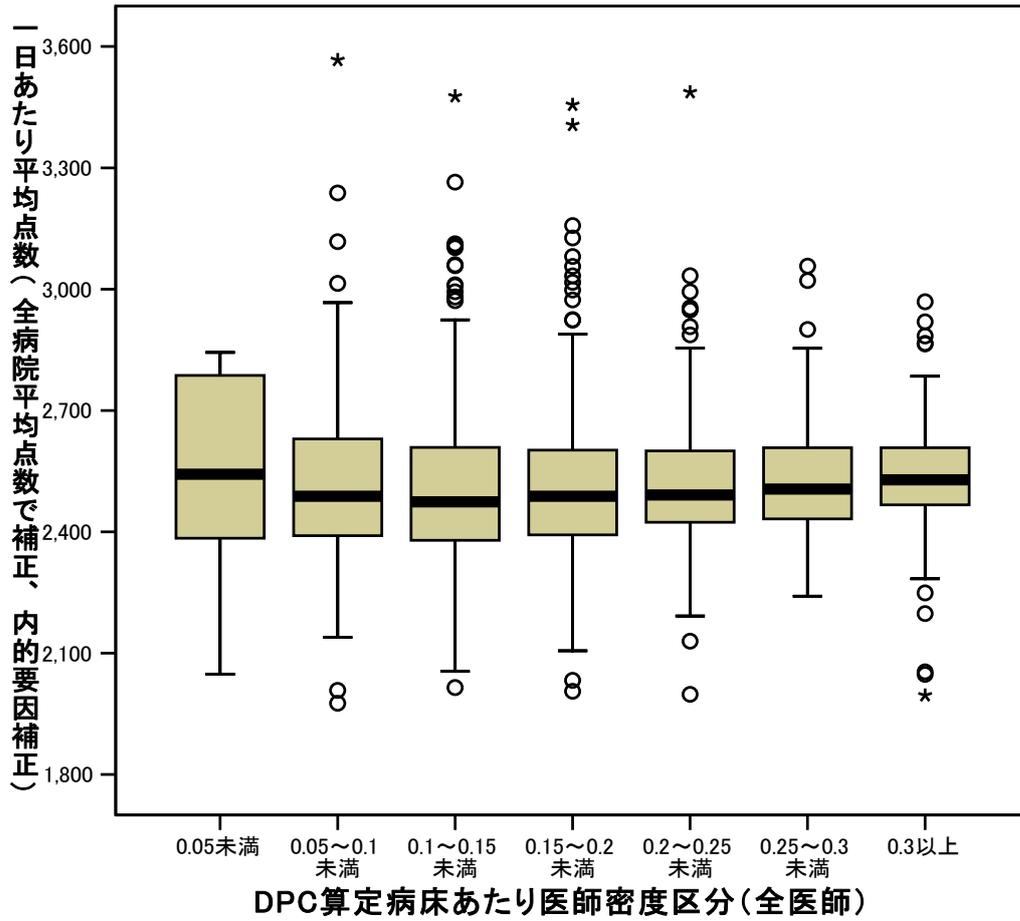
○ 大学病院本院を含めて集計した場合



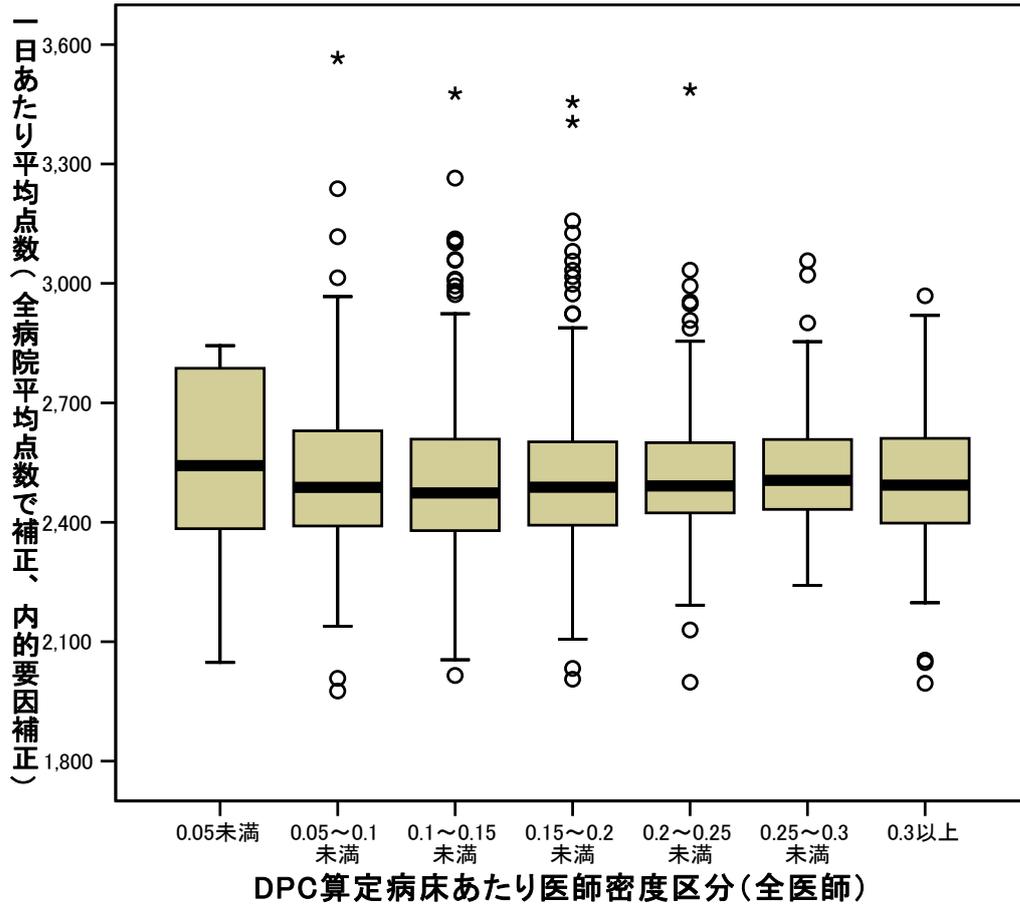
○大学病院本院以外で集計した場合



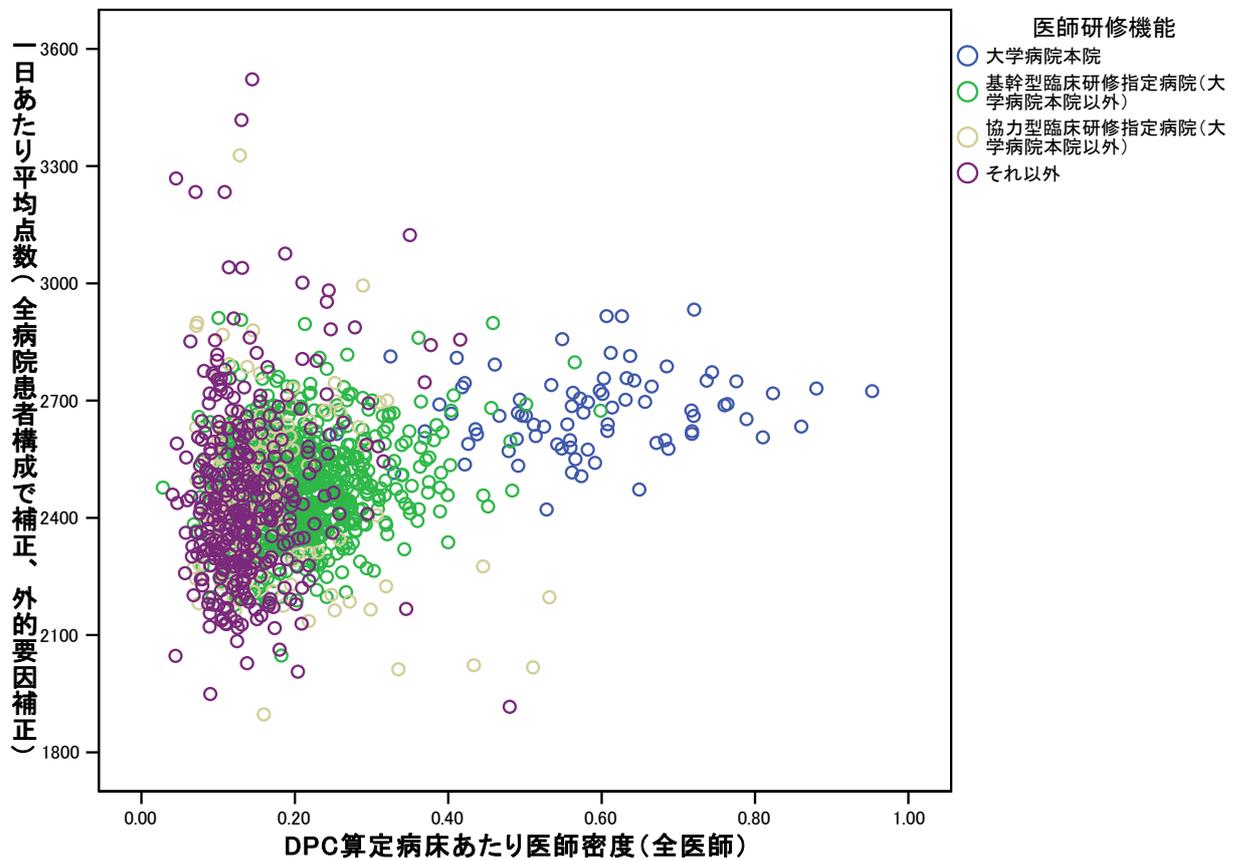
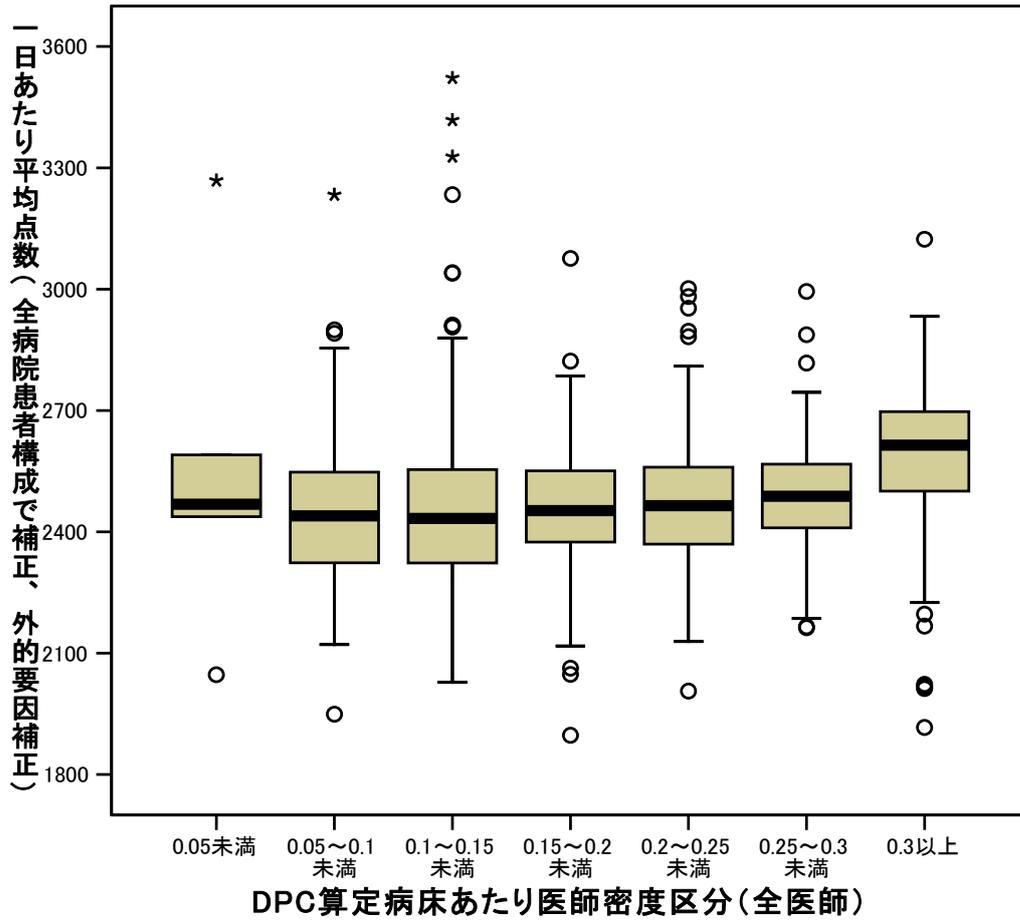
(2) 全病院の平均点で補正後の1日あたり平均点数
 ○大学病院本院を含めて集計した場合



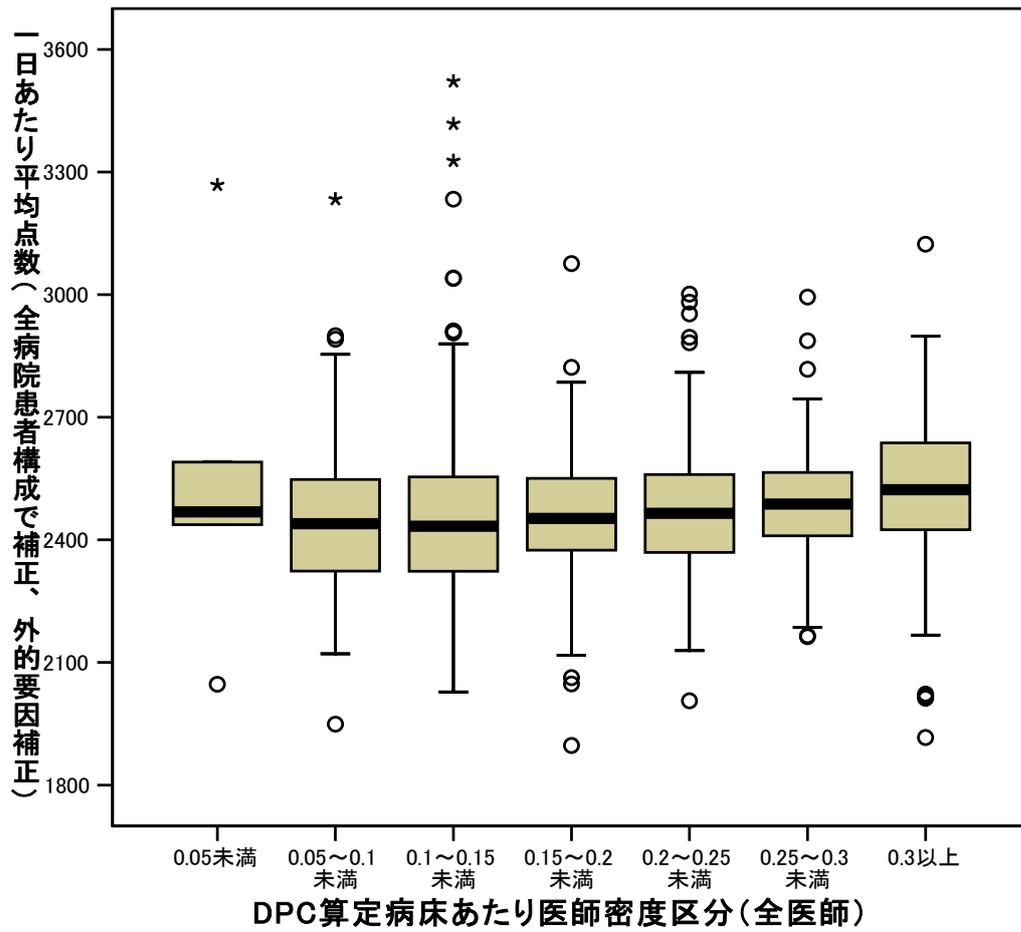
○大学病院本院以外で集計した場合



(3) 全病院の患者構成で補正後の1日あたり平均点数
 ○大学病院本院を含めて集計した場合



○大学病院本院以外で集計した場合



医療機関群の設定について（3）

② 小児医療提供機能の集計結果

平成22年改定に使用したデータに基づき、以下の評価指標に対して1日あたり平均点（包括範囲出来高点数）について集計を行った（大学病院本院以外で集計）。

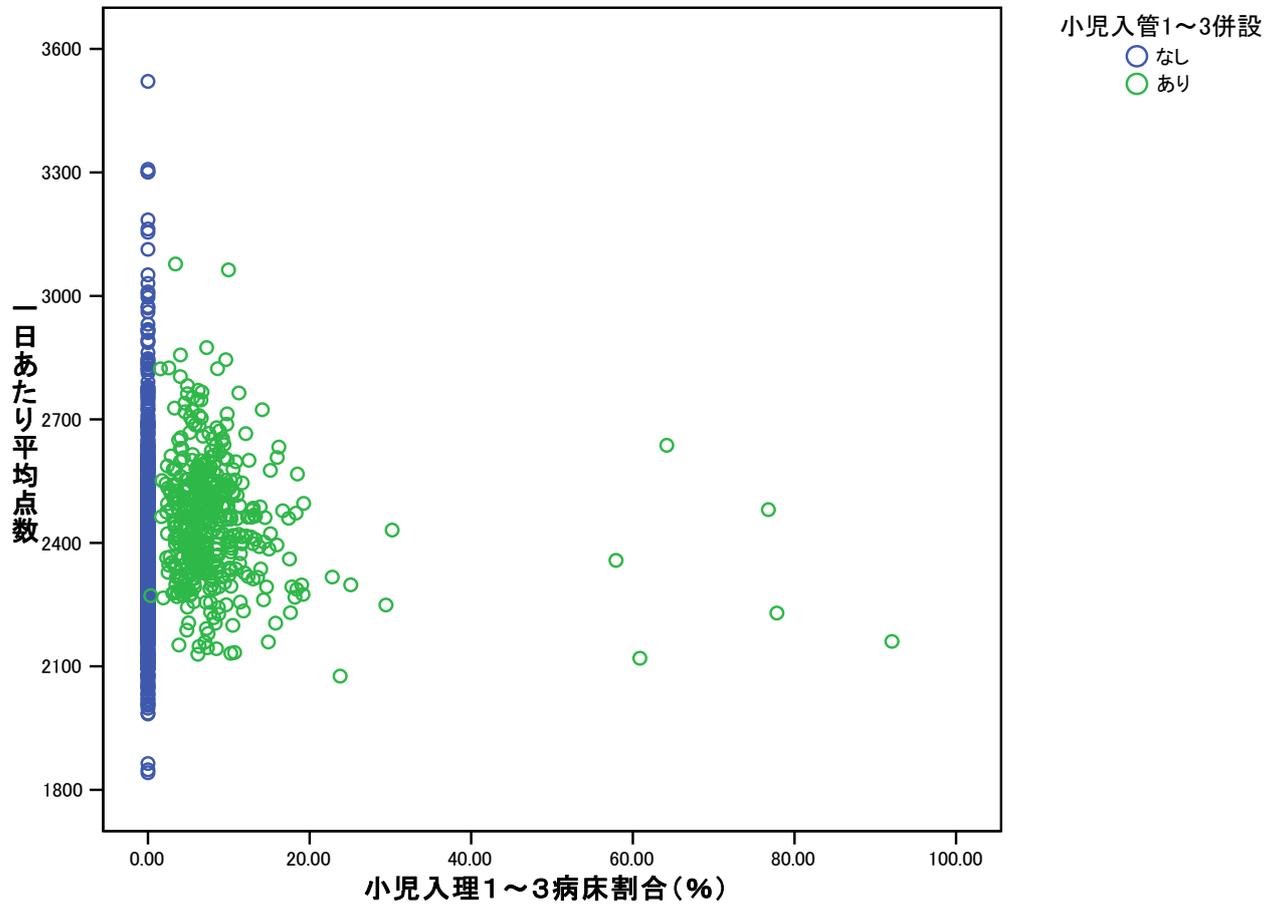
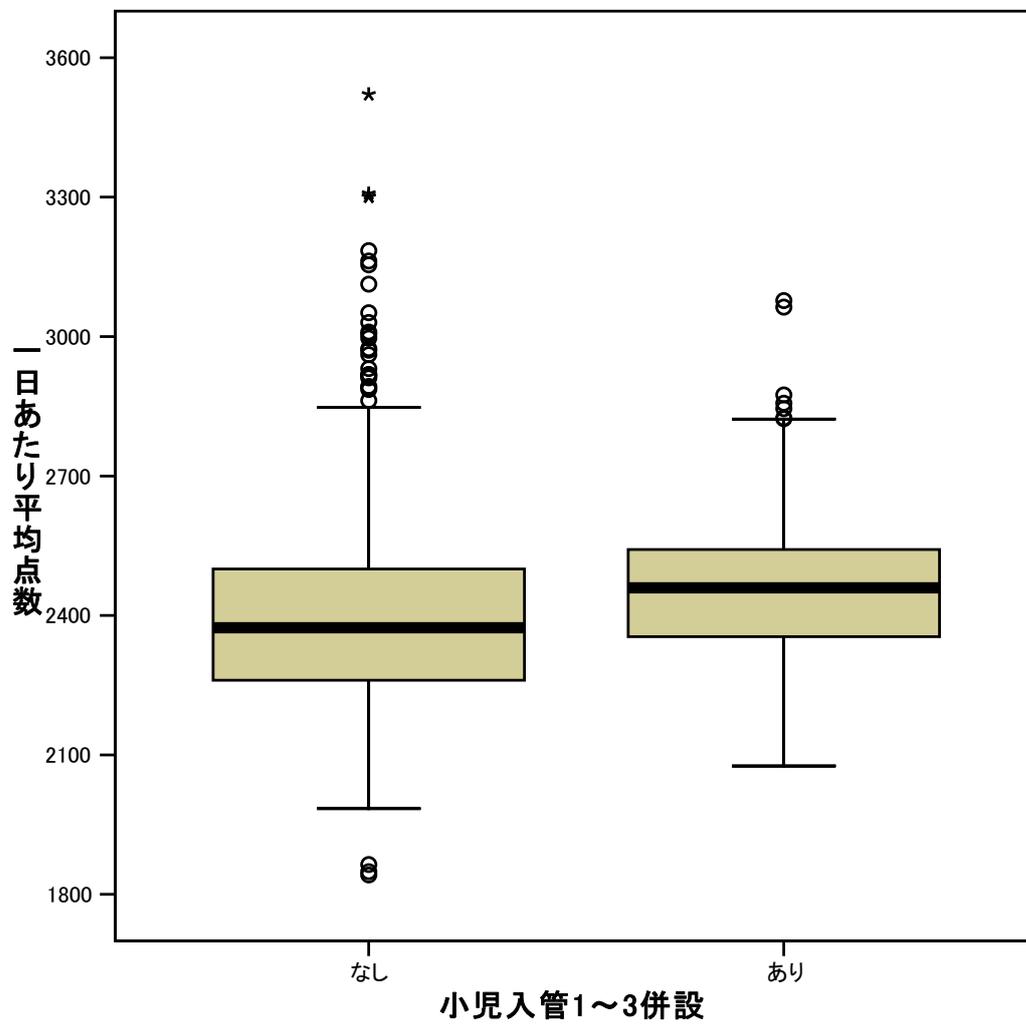
<評価指標>

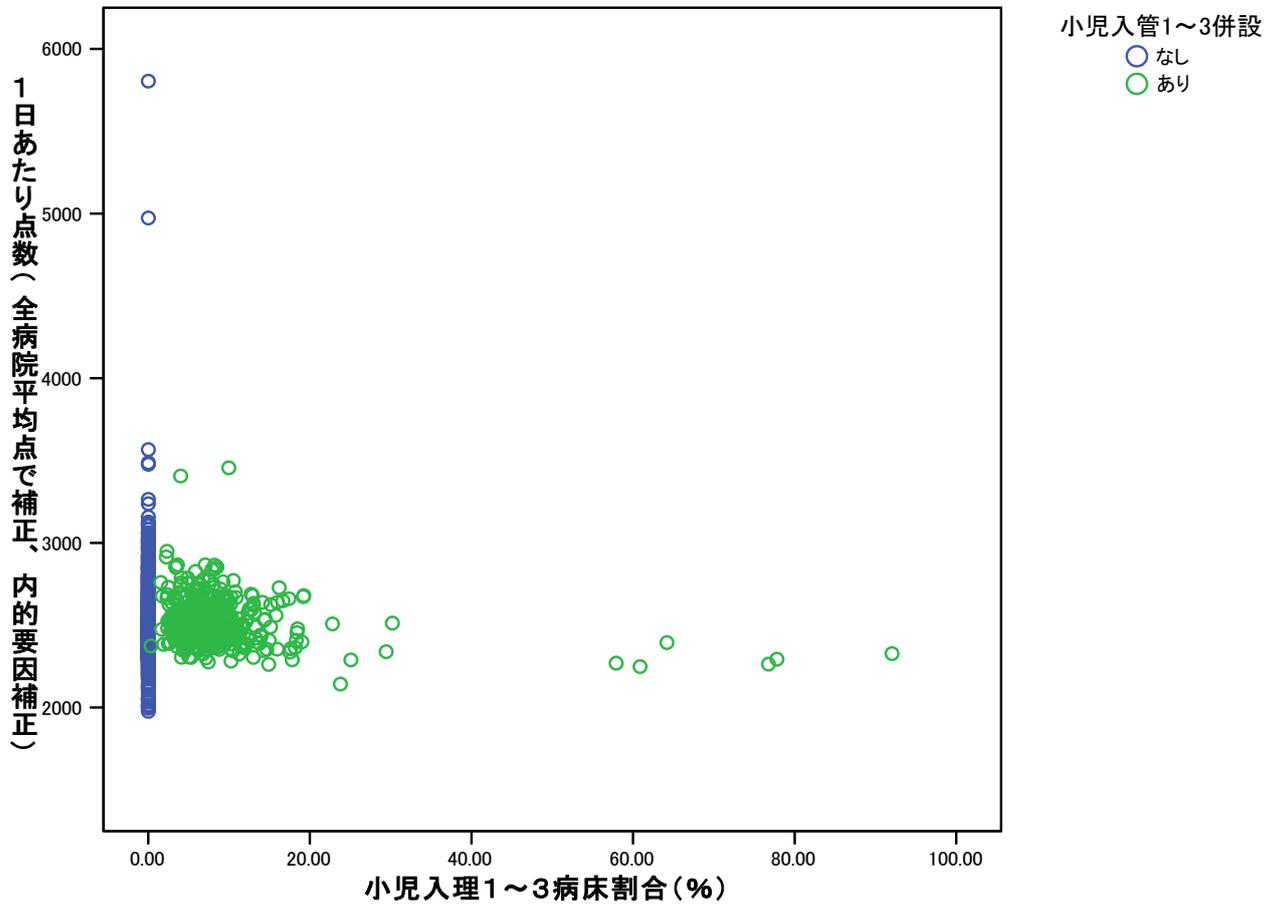
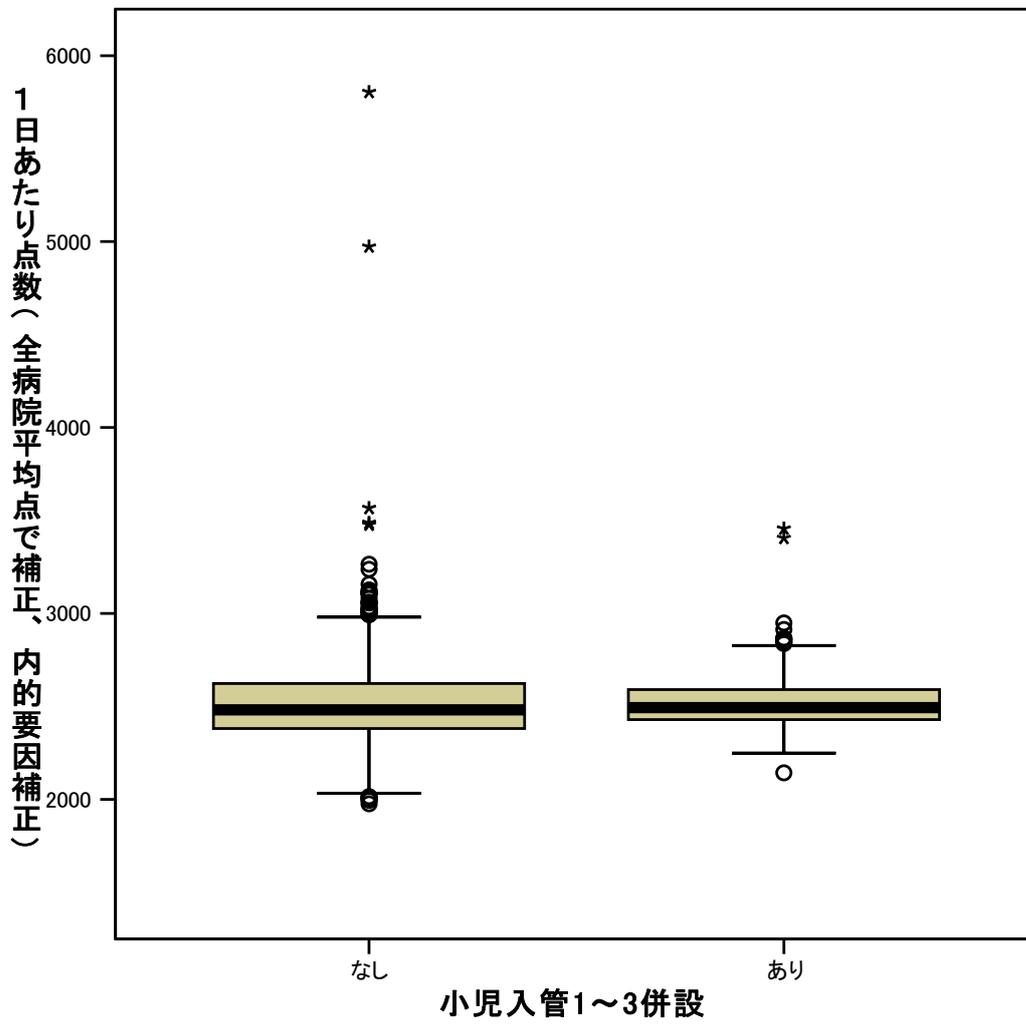
- 小児入院医療管理料1～3病床数（※） / DPC算定病床数（割合）
- 15歳未満症例数の割合

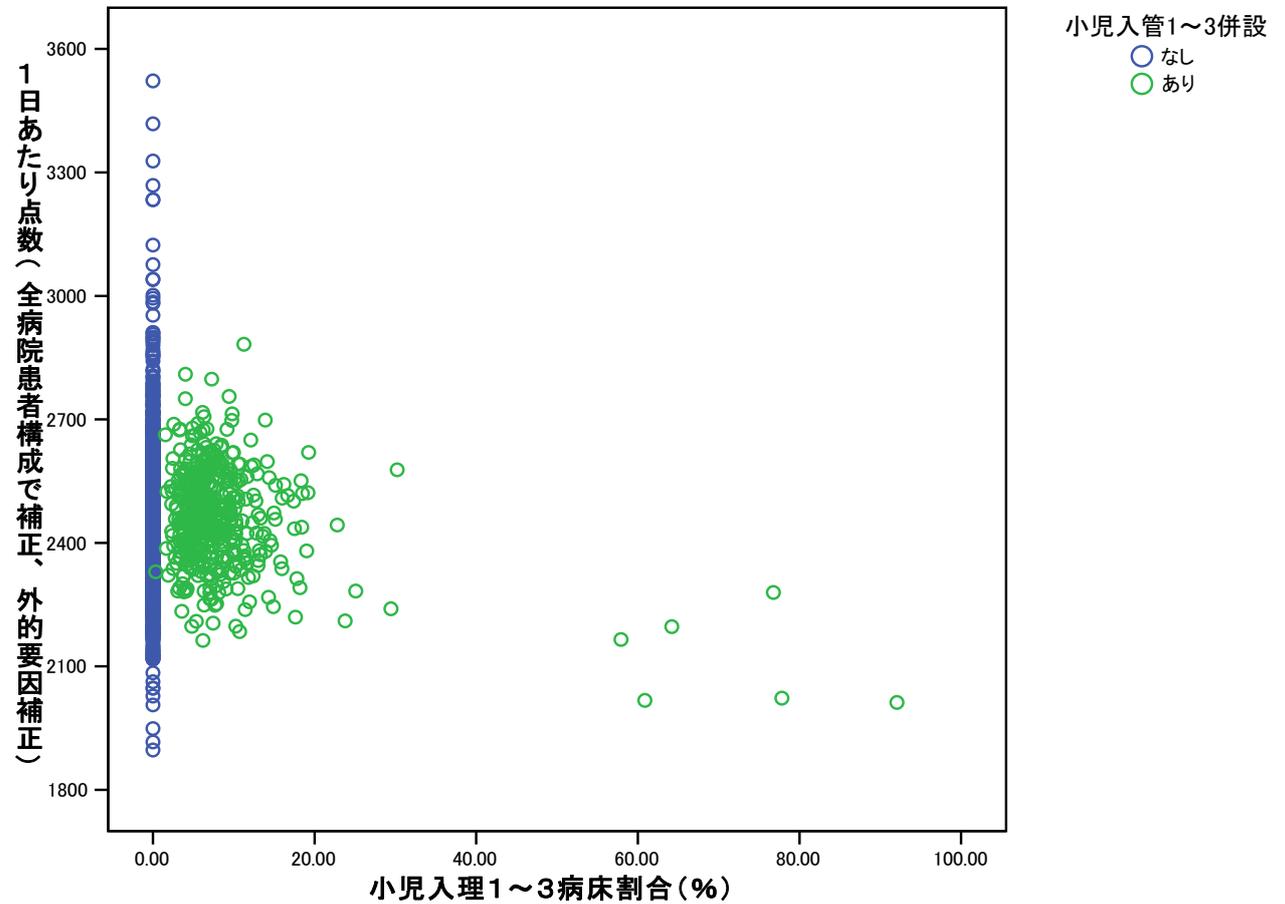
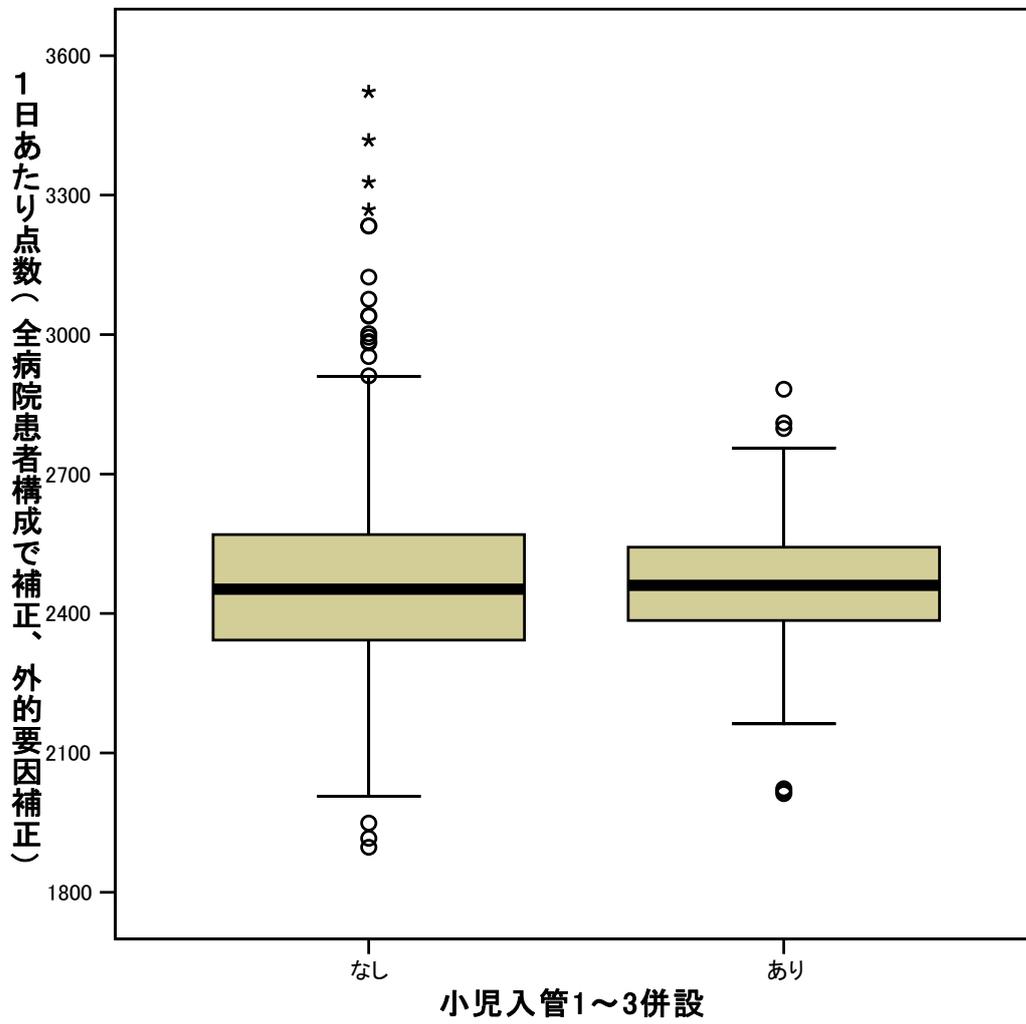
（※）平成21年10月当時の小児入院医療管理料1～3であることに注意

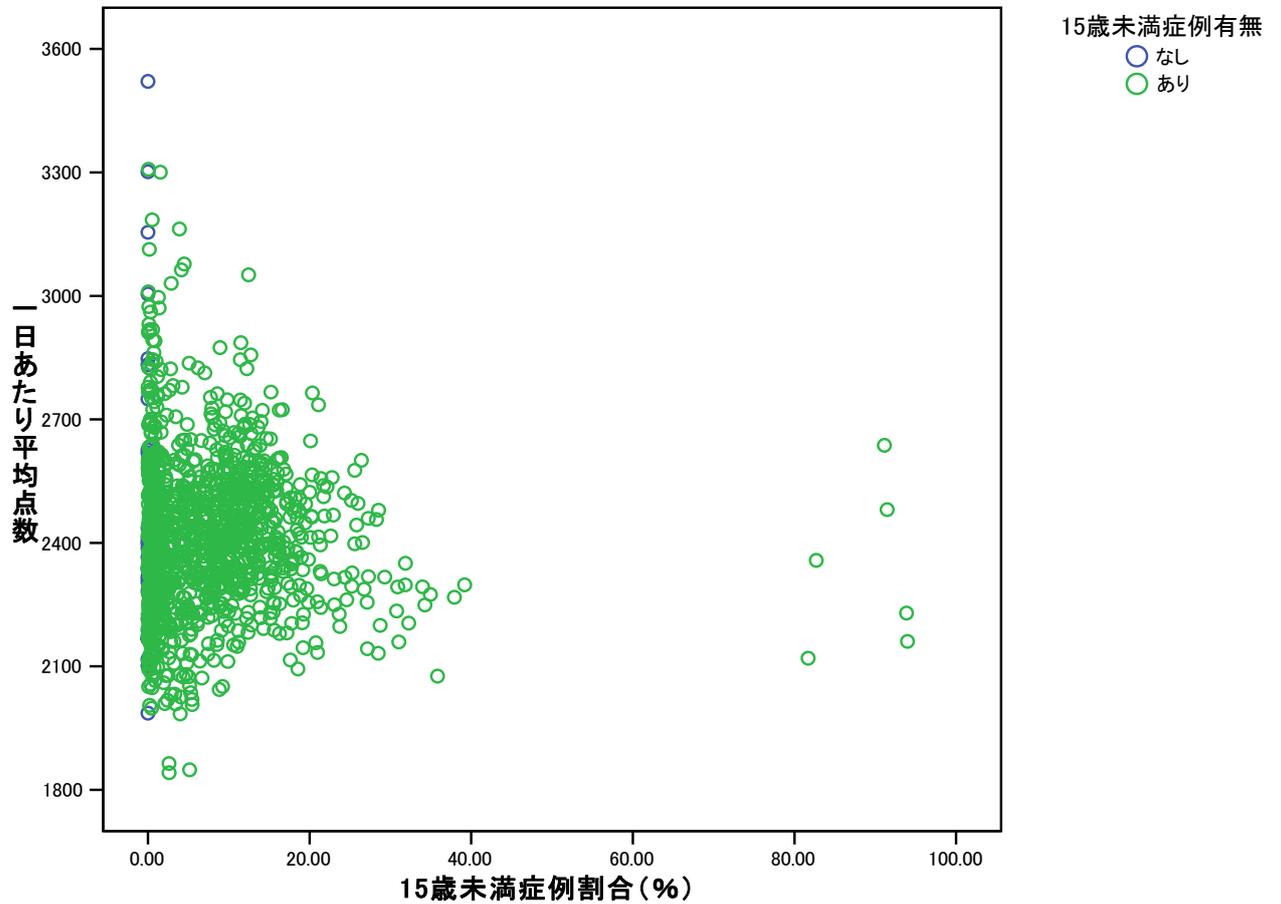
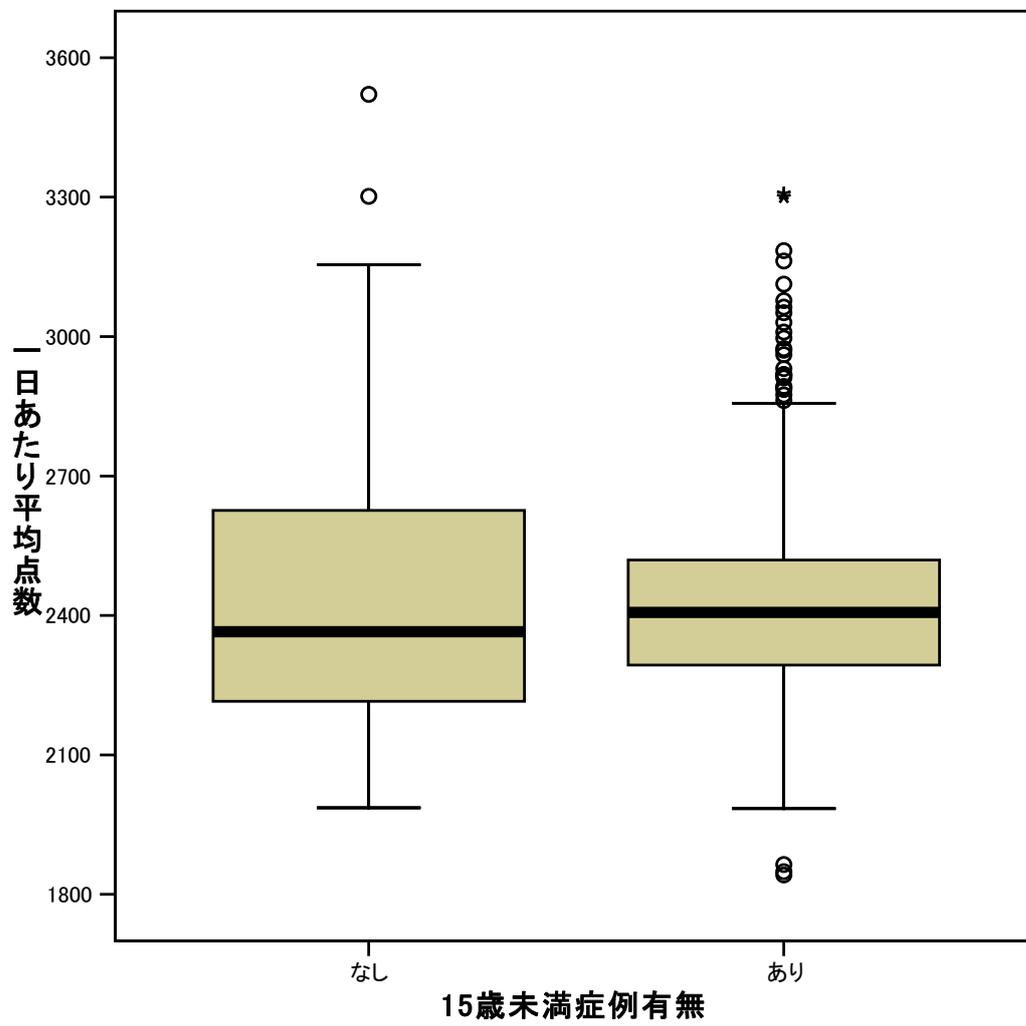
| | |
|------------------|-------|
| 小児入院医療管理料1～3併施設数 | 450 |
| 上記以外の施設数 | 860 |
| 計 | 1,310 |

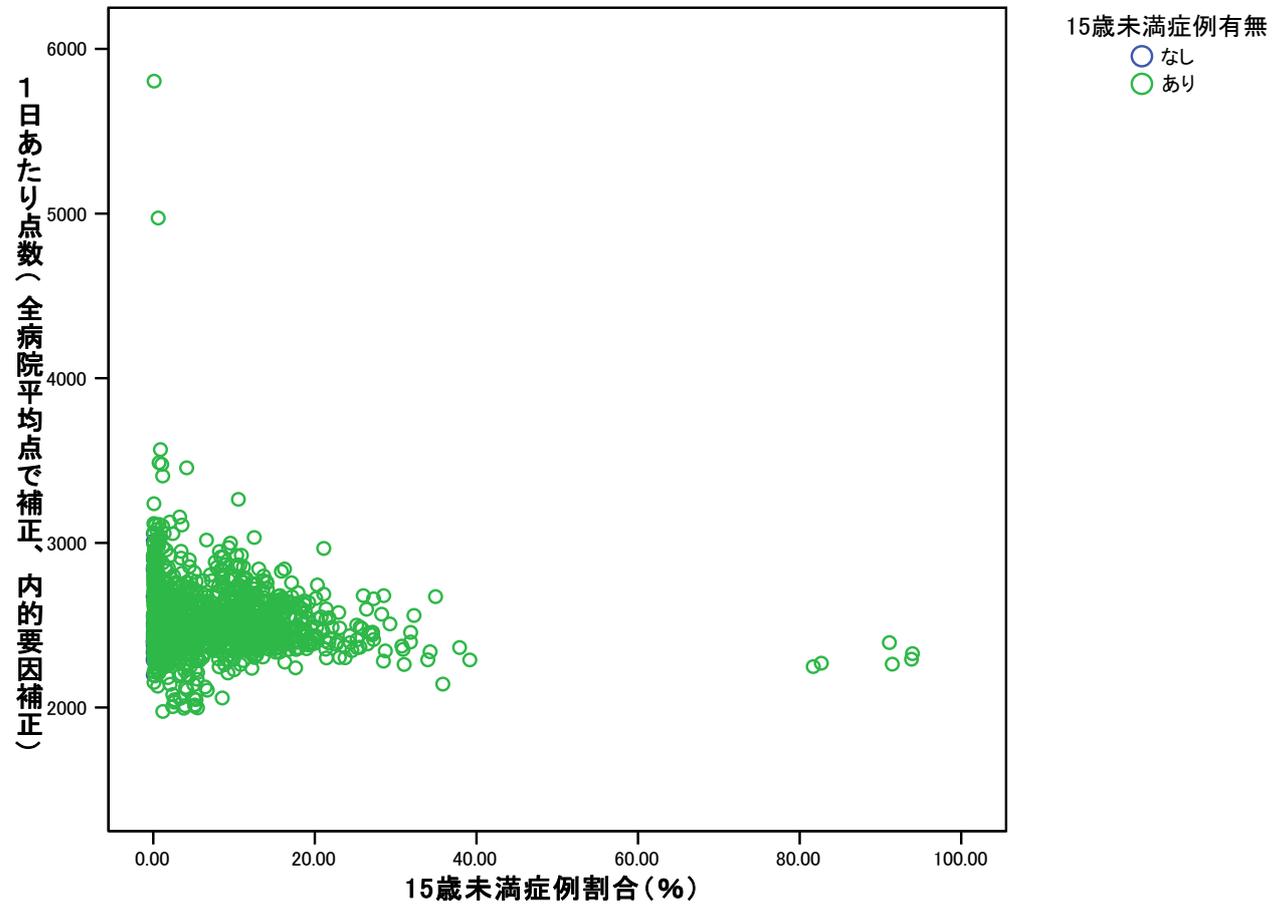
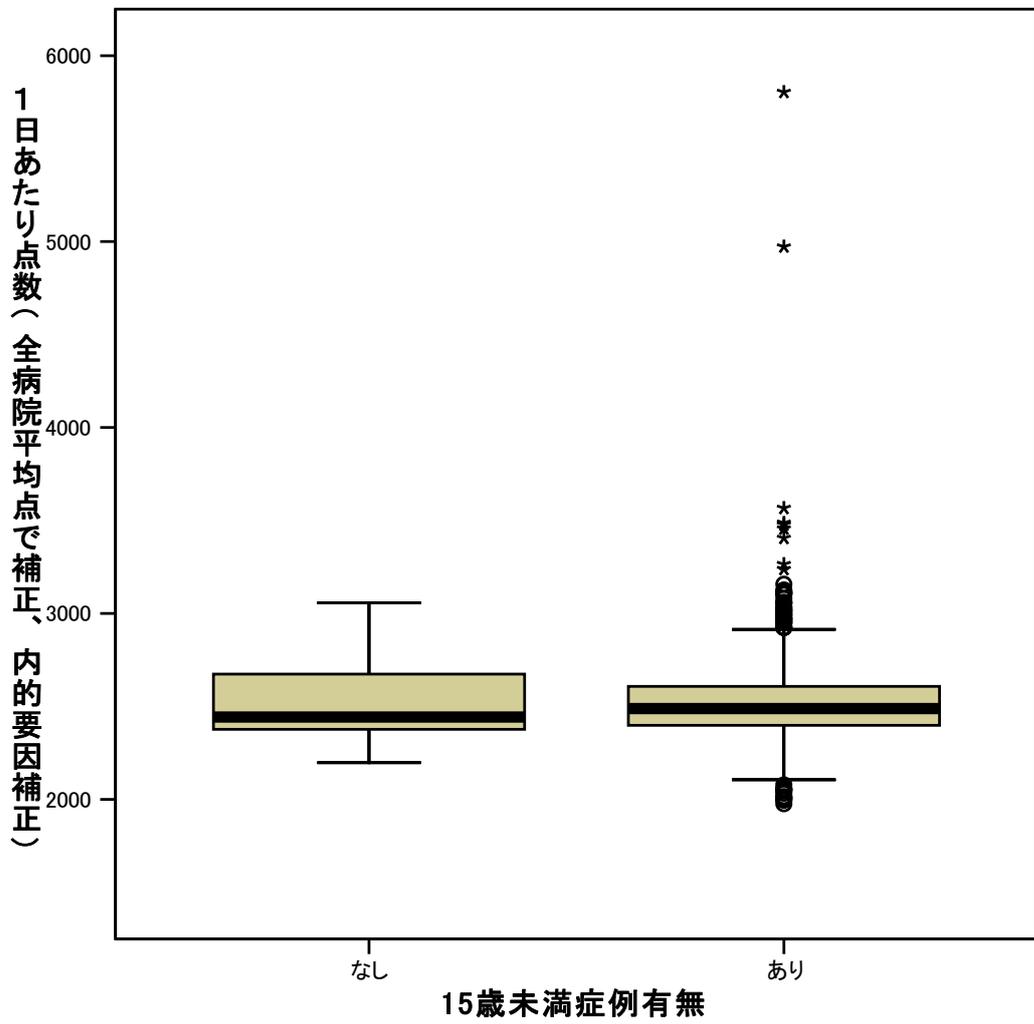
| 15歳未満症例割合 | 0～0.25未満 | 0.25～0.5未満 | 0.5以上 |
|-----------|----------|------------|-------|
| 施設数 | 1,273 | 31 | 6 |

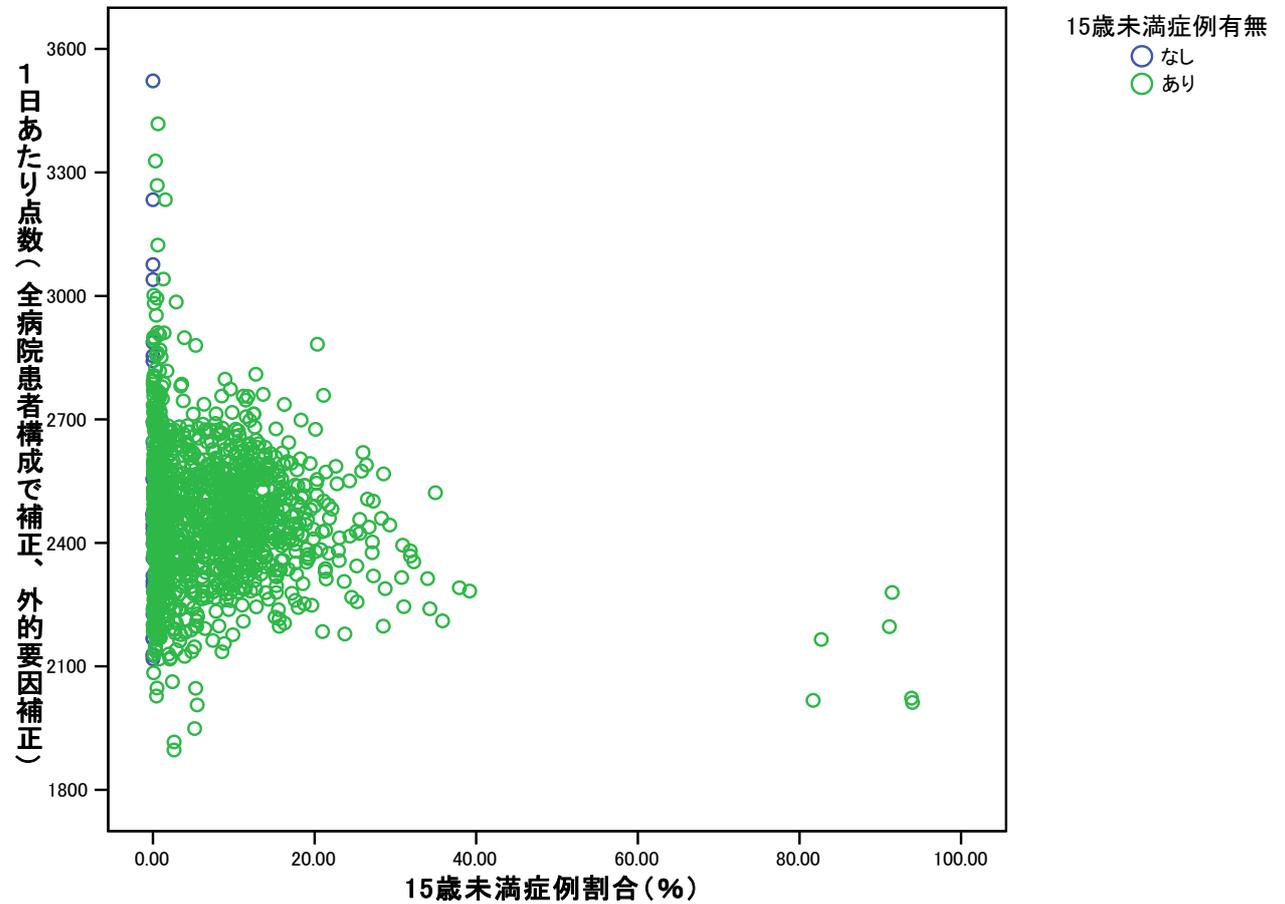
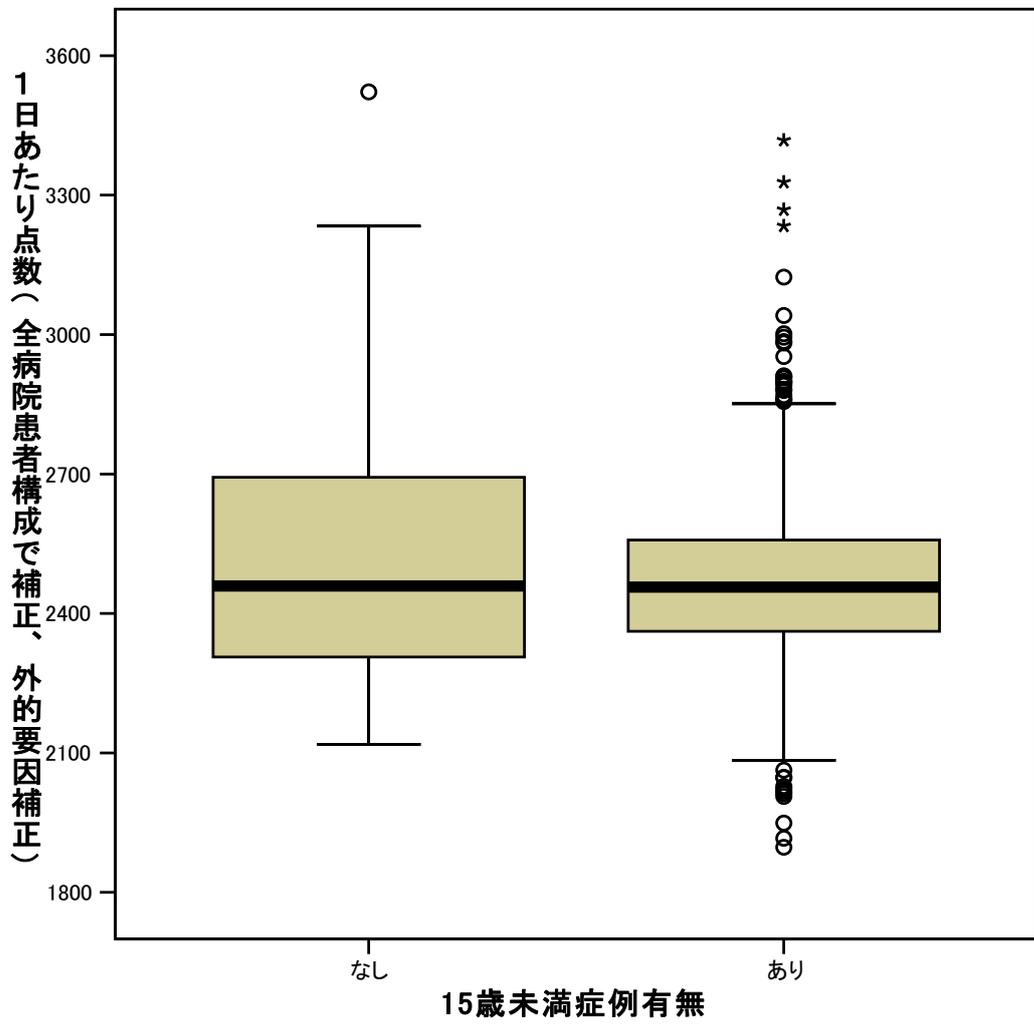












医療機関群の設定について（3）

③ 他病棟との連携機能の集計結果

平成 22 年改定に使用したデータに基づき、以下の評価指標に対して 1 日あたり平均点（包括範囲出来高点数）について集計を行った（大学病院本院以外で集計）。

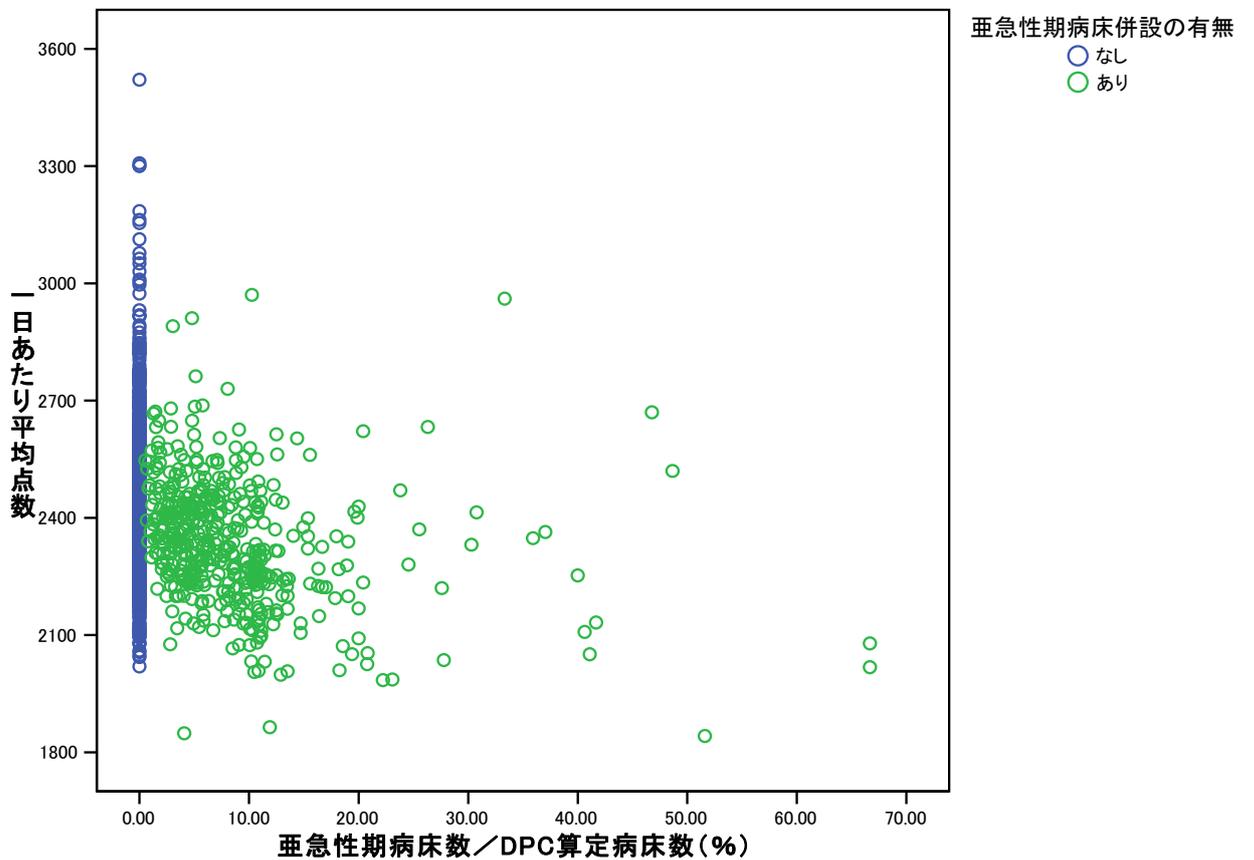
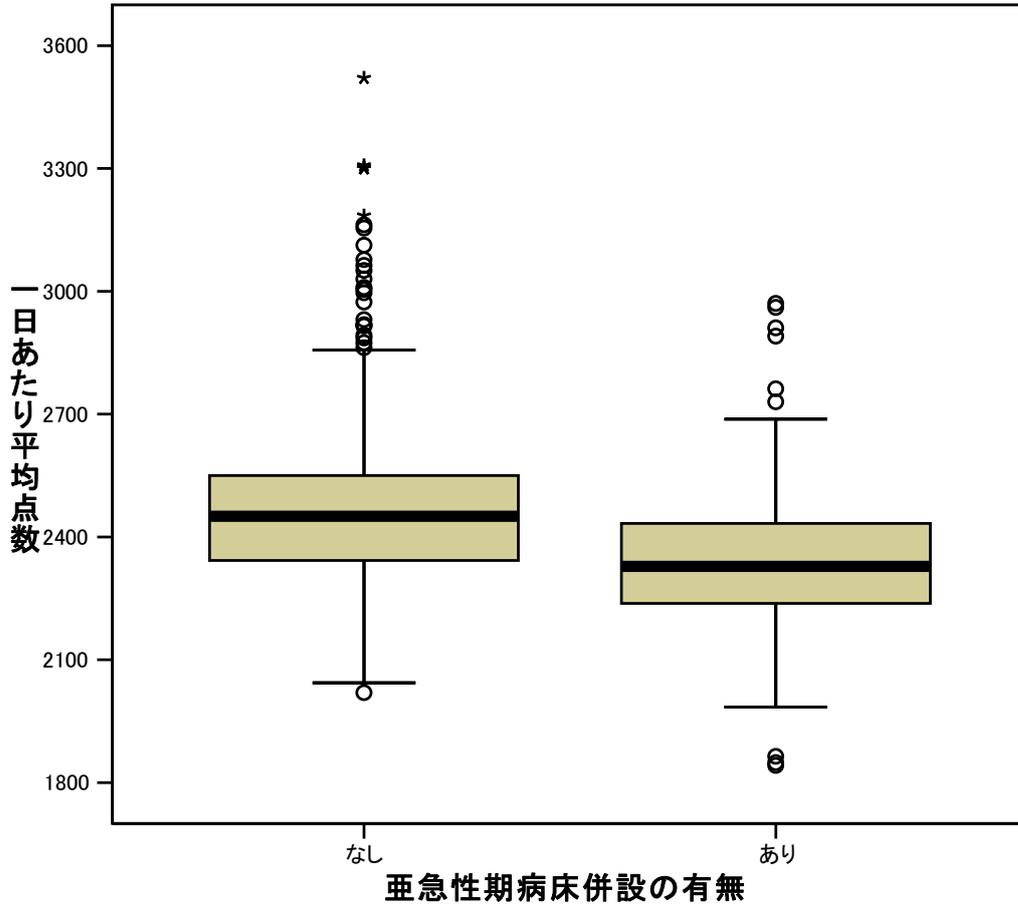
<評価指標>

- 亜急性期病床併設の有無
- 回復期病床併設の有無
- 療養病床併設の有無
- 上記の組み合わせによる 8 区分（下記）の集計

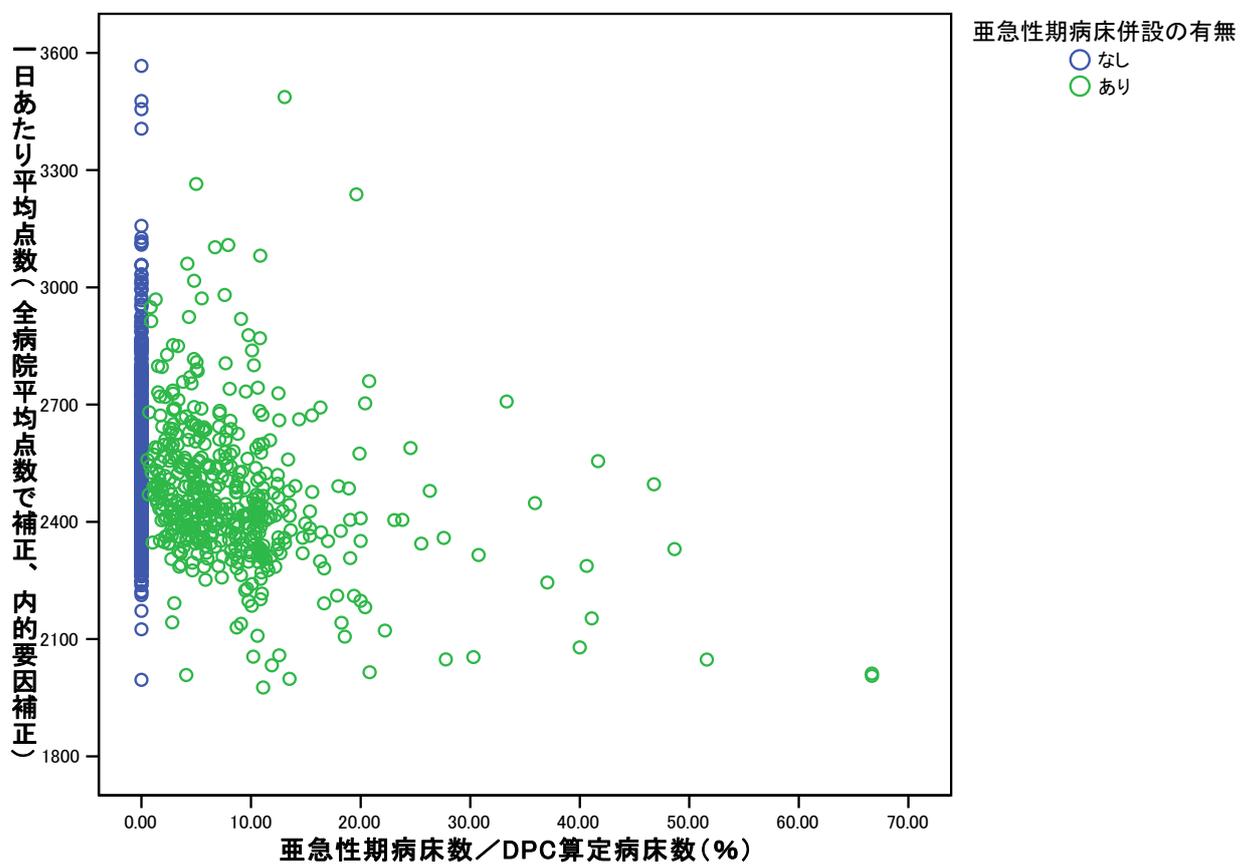
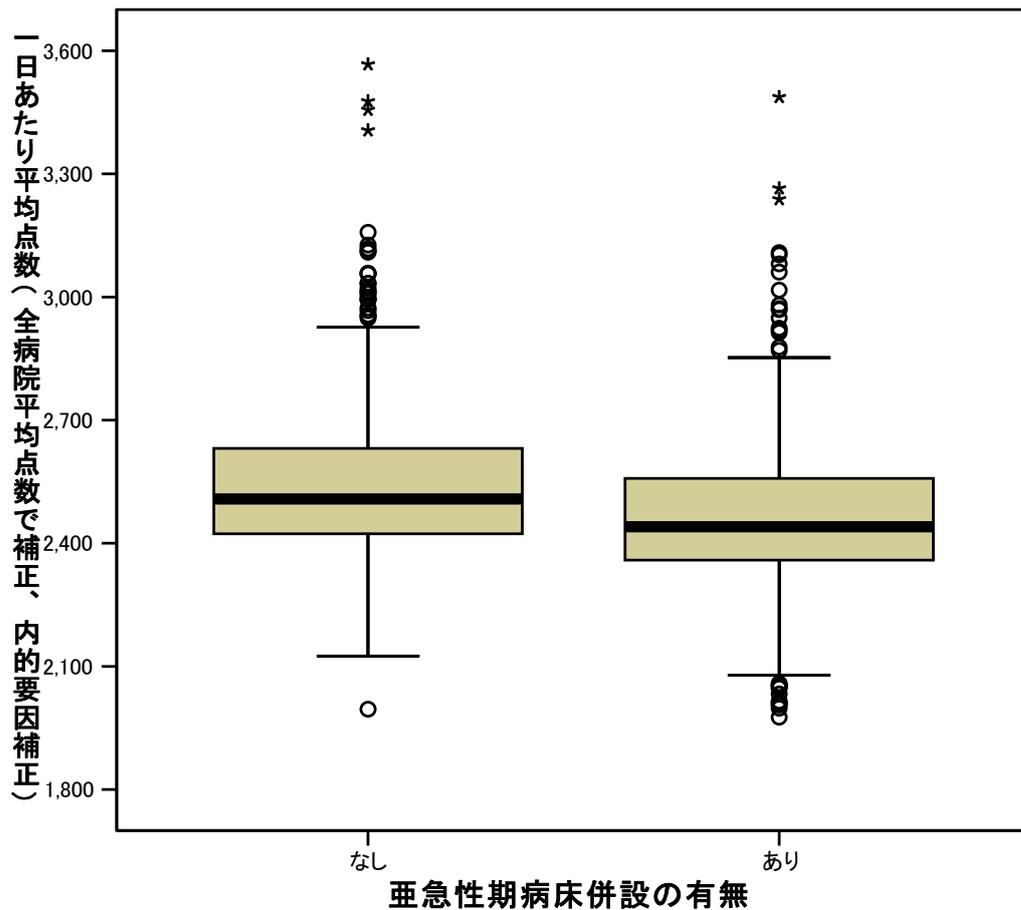
| | 療養 | 回復期 | 亜急性期 | 施設数 |
|---|----|-----|------|-----|
| A | ○ | | | 44 |
| B | ○ | ○ | | 37 |
| C | ○ | ○ | ○ | 26 |
| D | ○ | | ○ | 64 |
| E | | ○ | | 108 |
| F | | ○ | ○ | 65 |
| G | | | ○ | 316 |
| H | | | | 650 |

（H はいずれ併設していない医療機関）

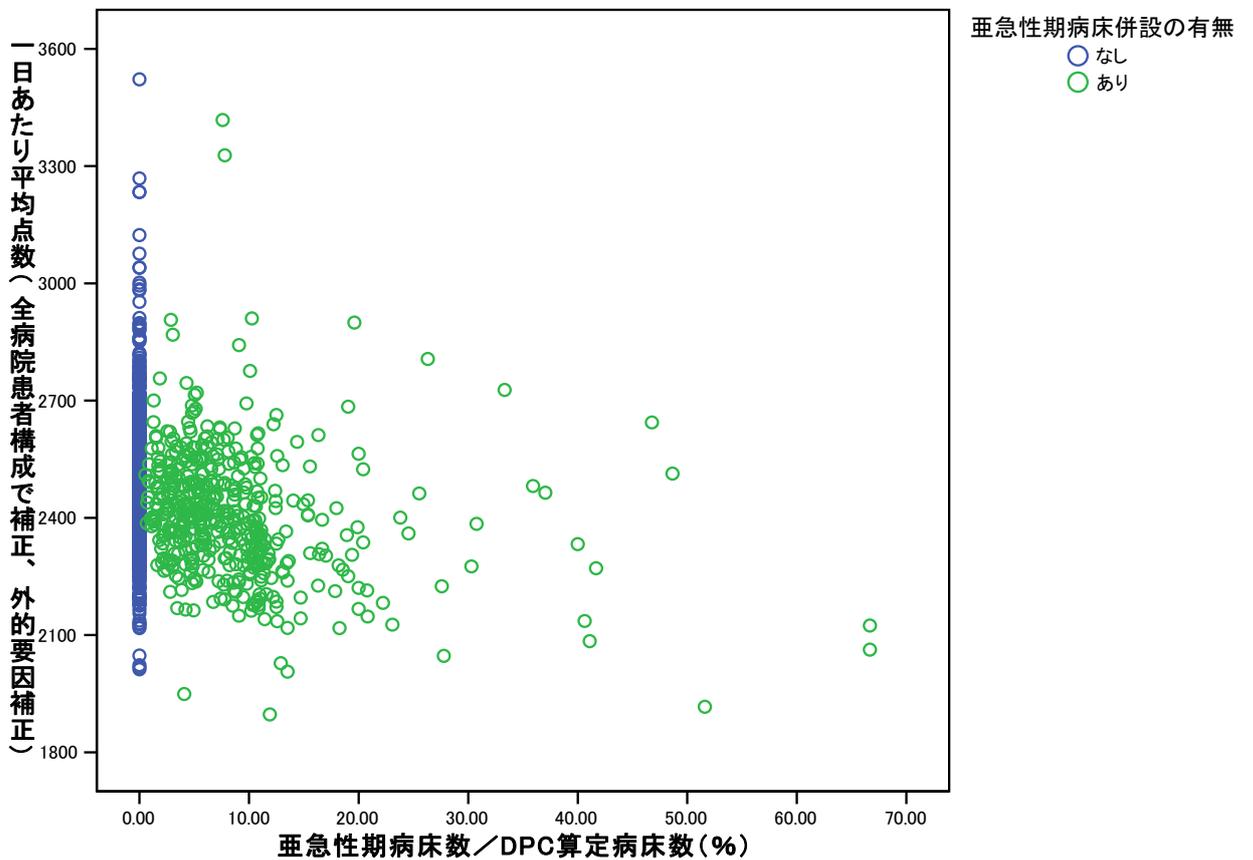
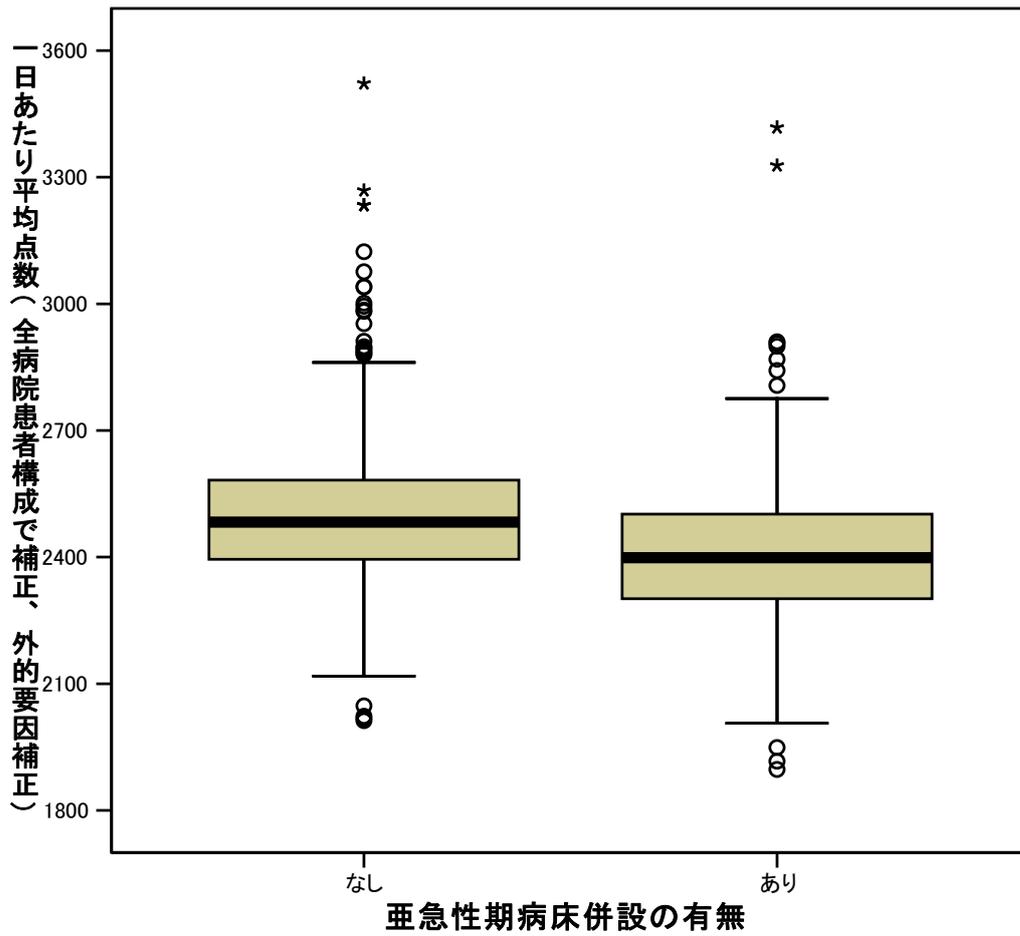
1. 亜急性期病床併設の有無×1日あたり平均点数
 (1) 1日あたり平均点数



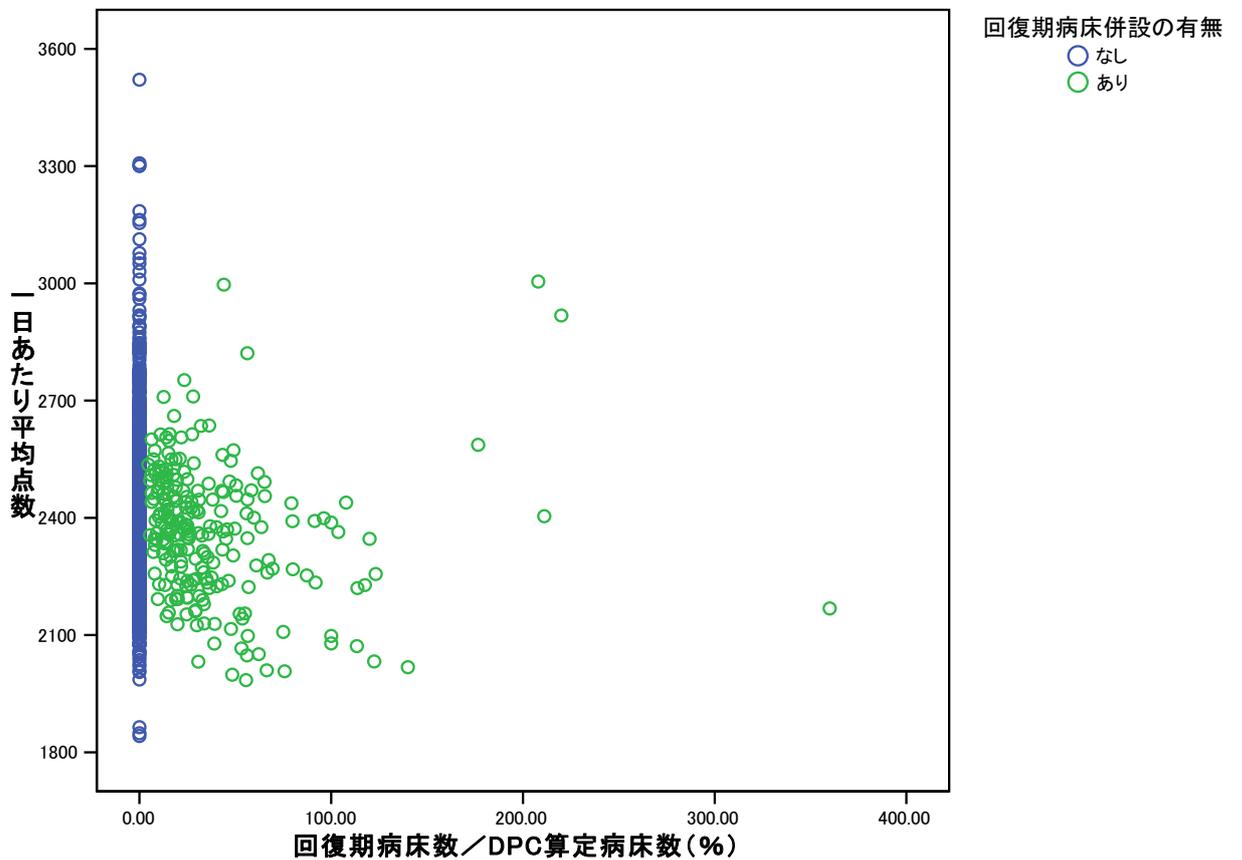
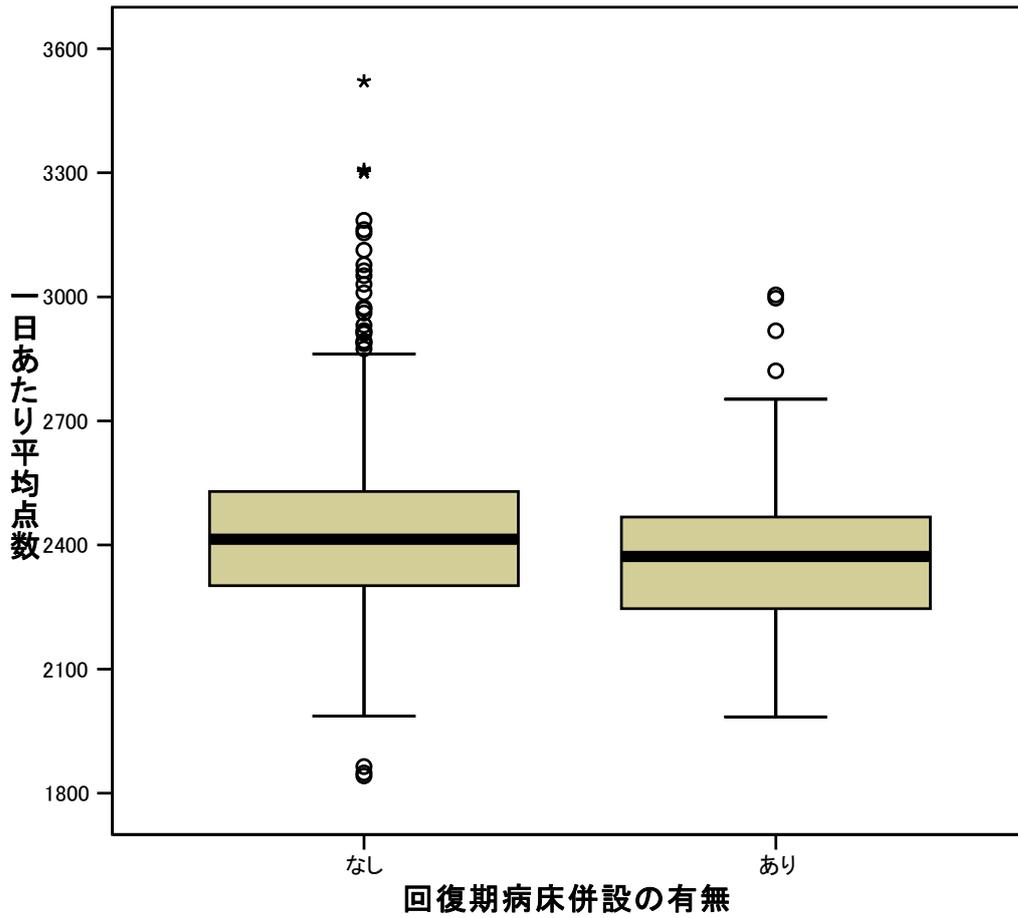
(2) 全病院の平均点で補正後の1日あたり平均点数



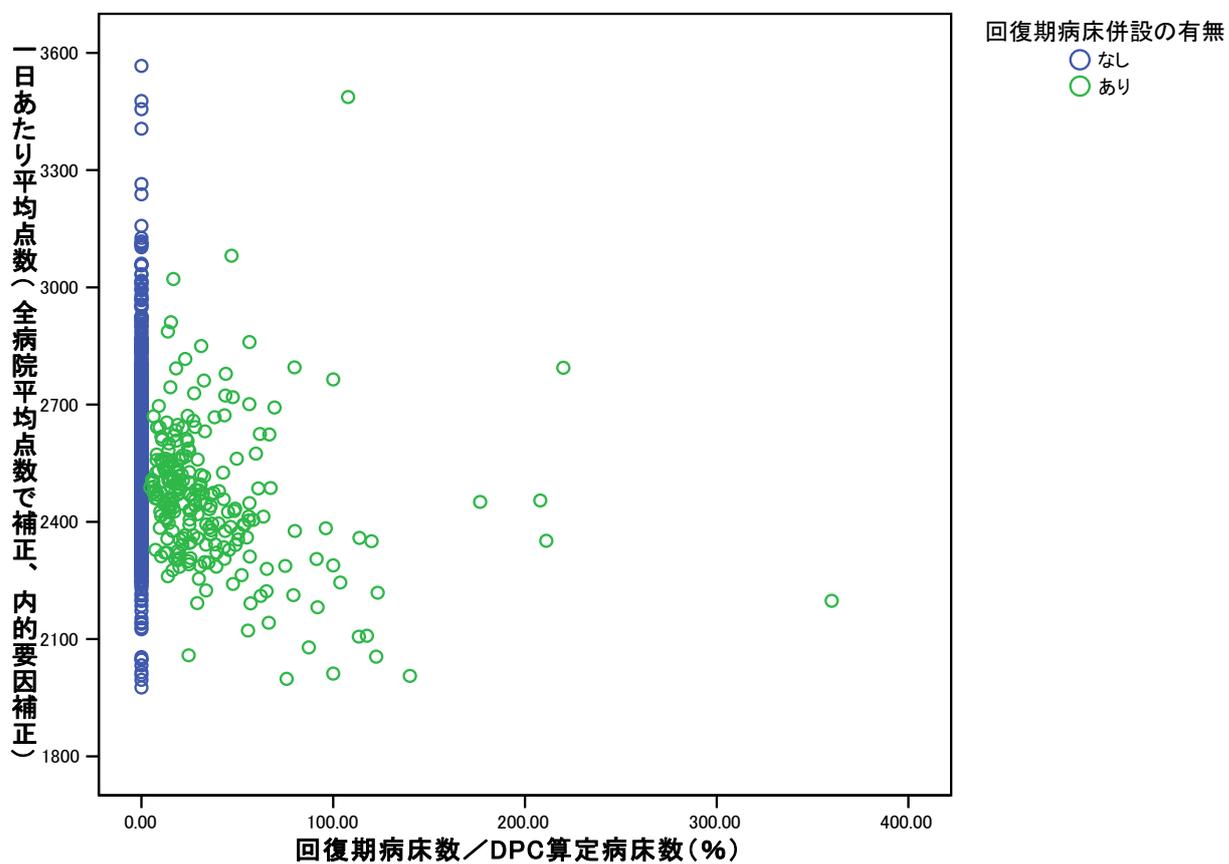
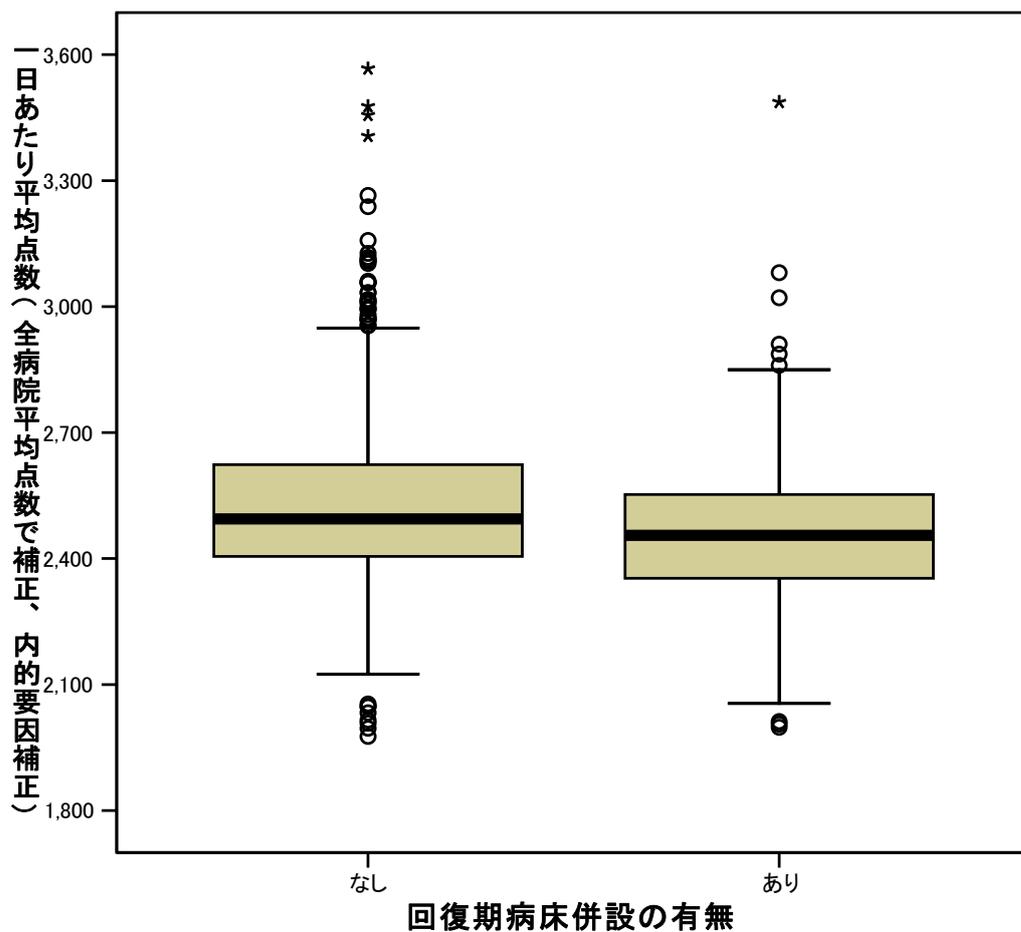
(3) 全病院の患者構成で補正後の1日あたり平均点数



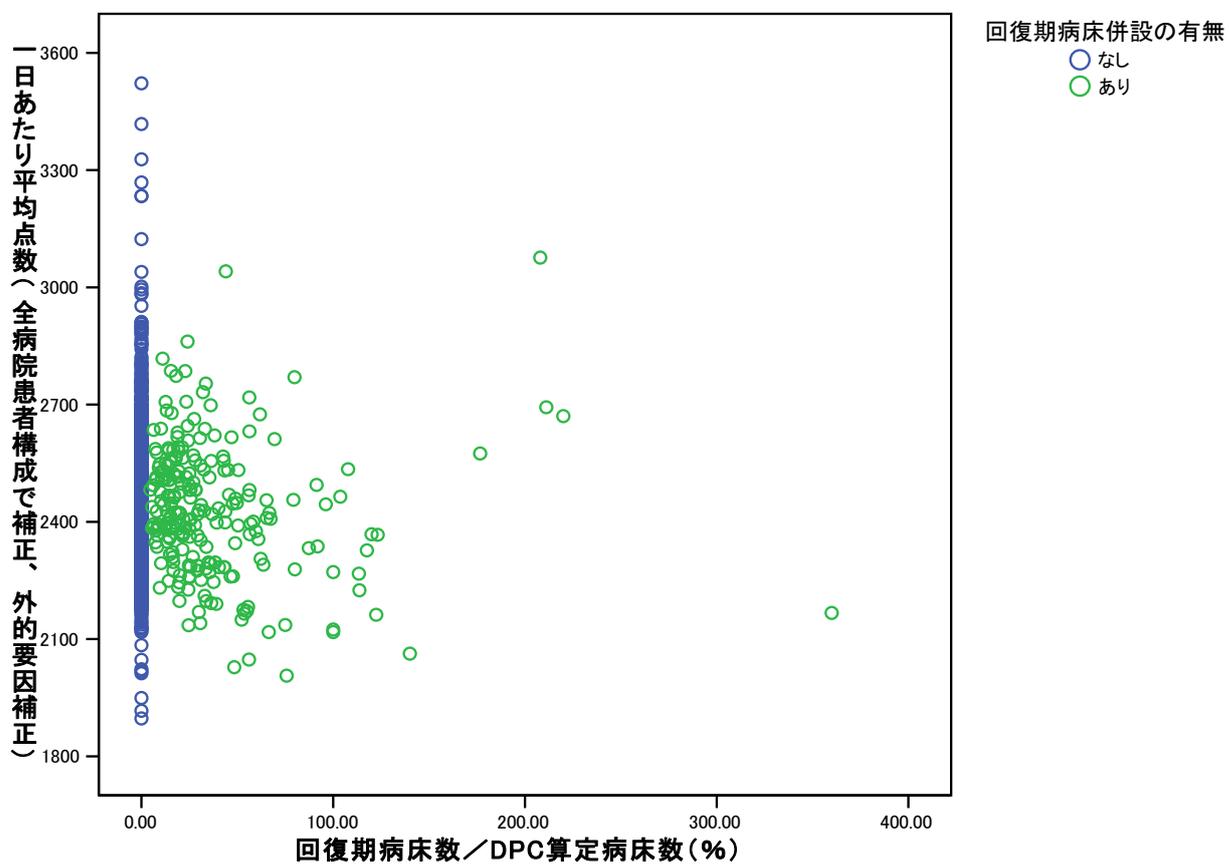
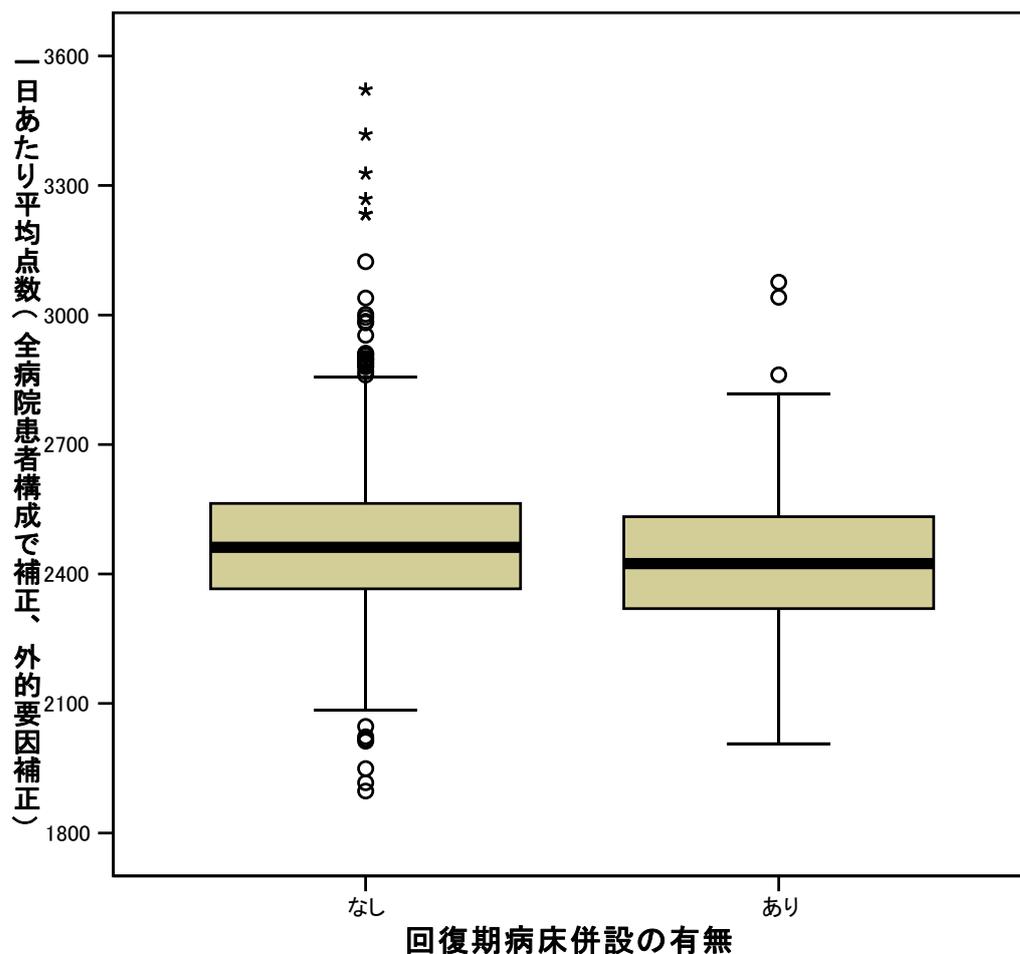
2. 回復期病床併設の有無 × 1日あたり平均点数
 (1) 1日あたり平均点数



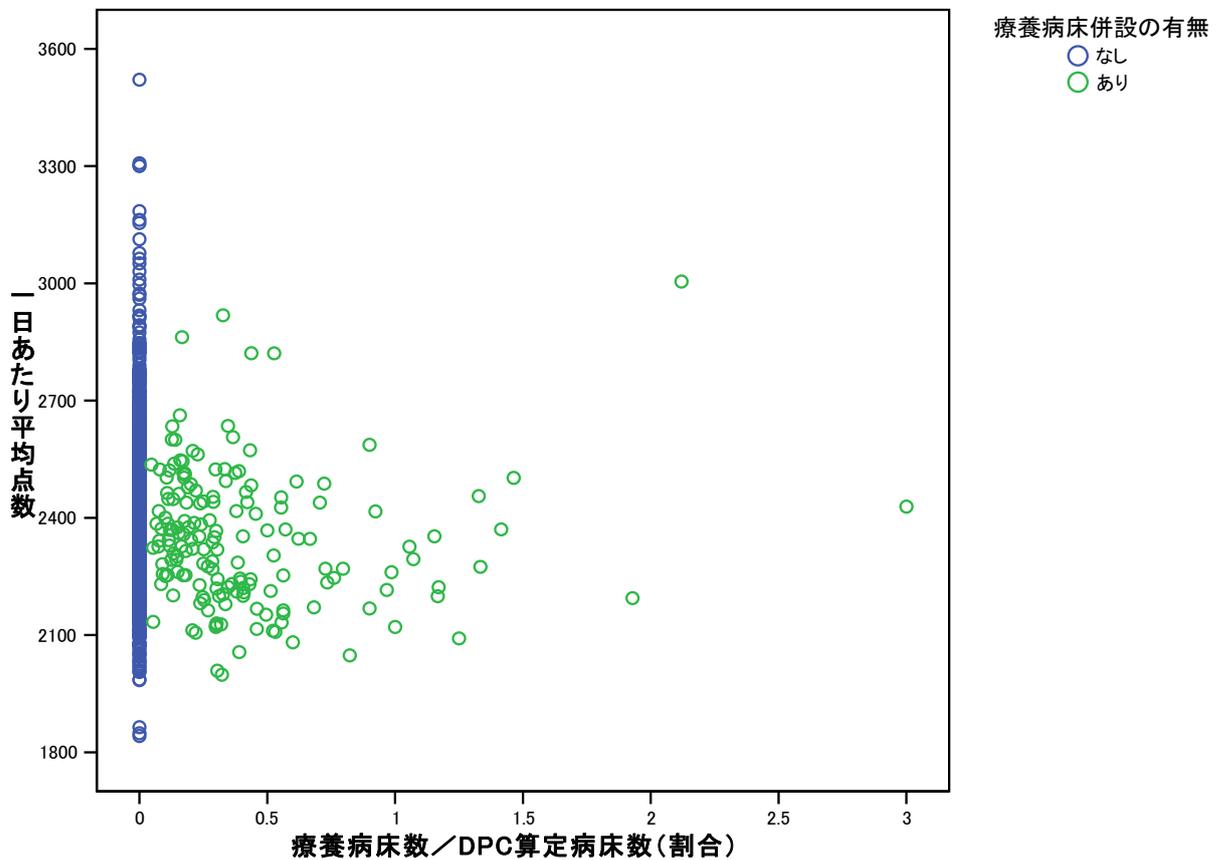
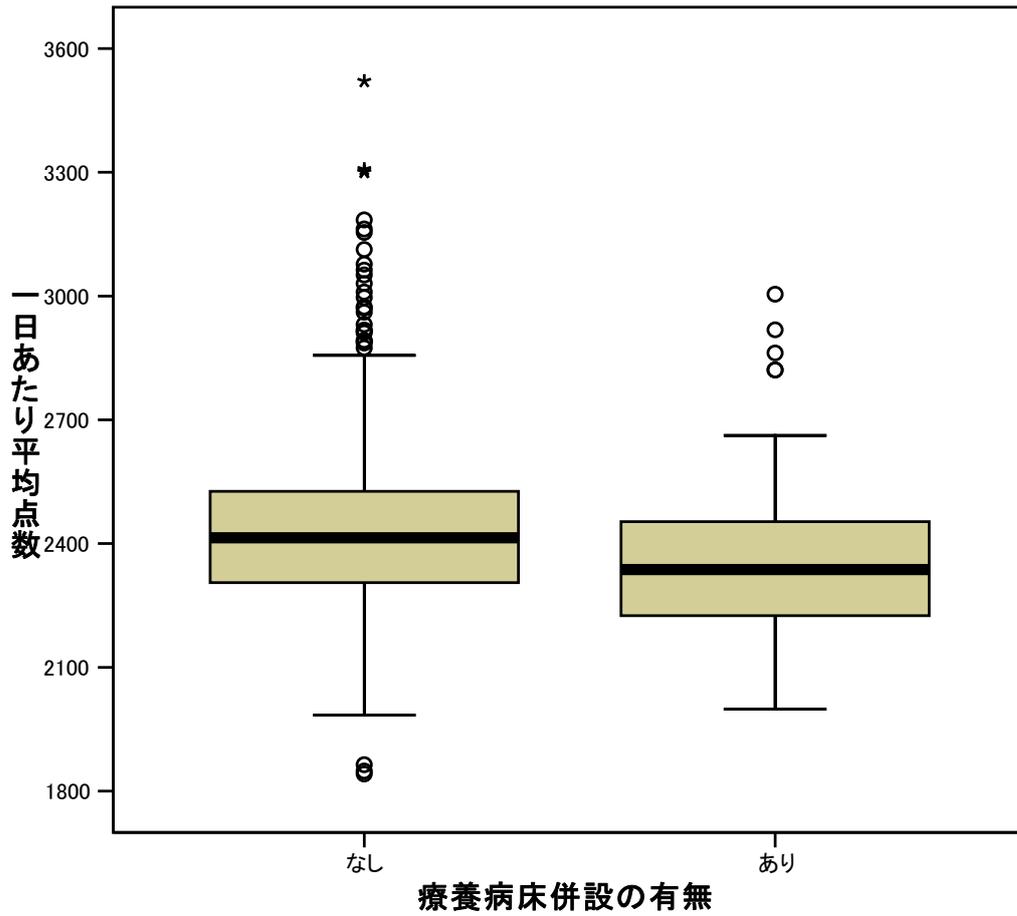
(2) 全病院の平均点で補正後の1日あたり平均点数



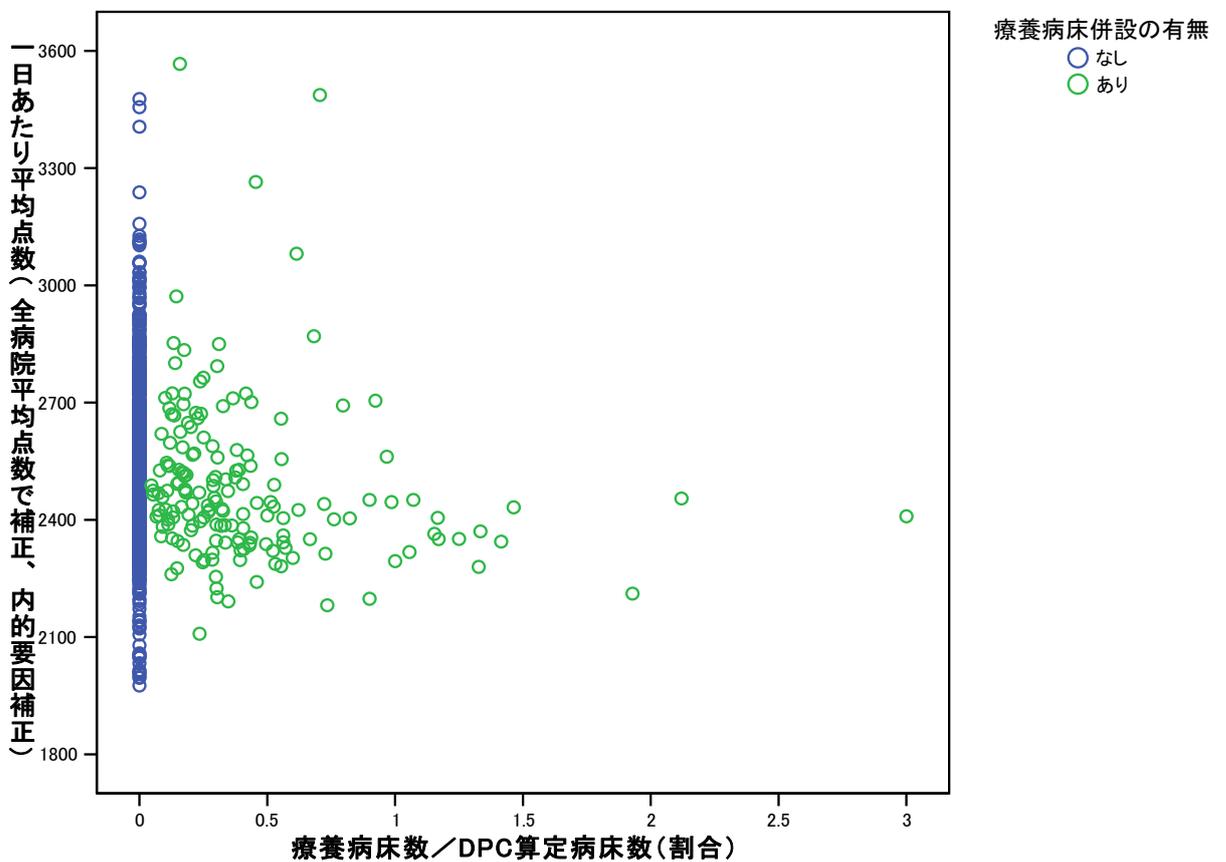
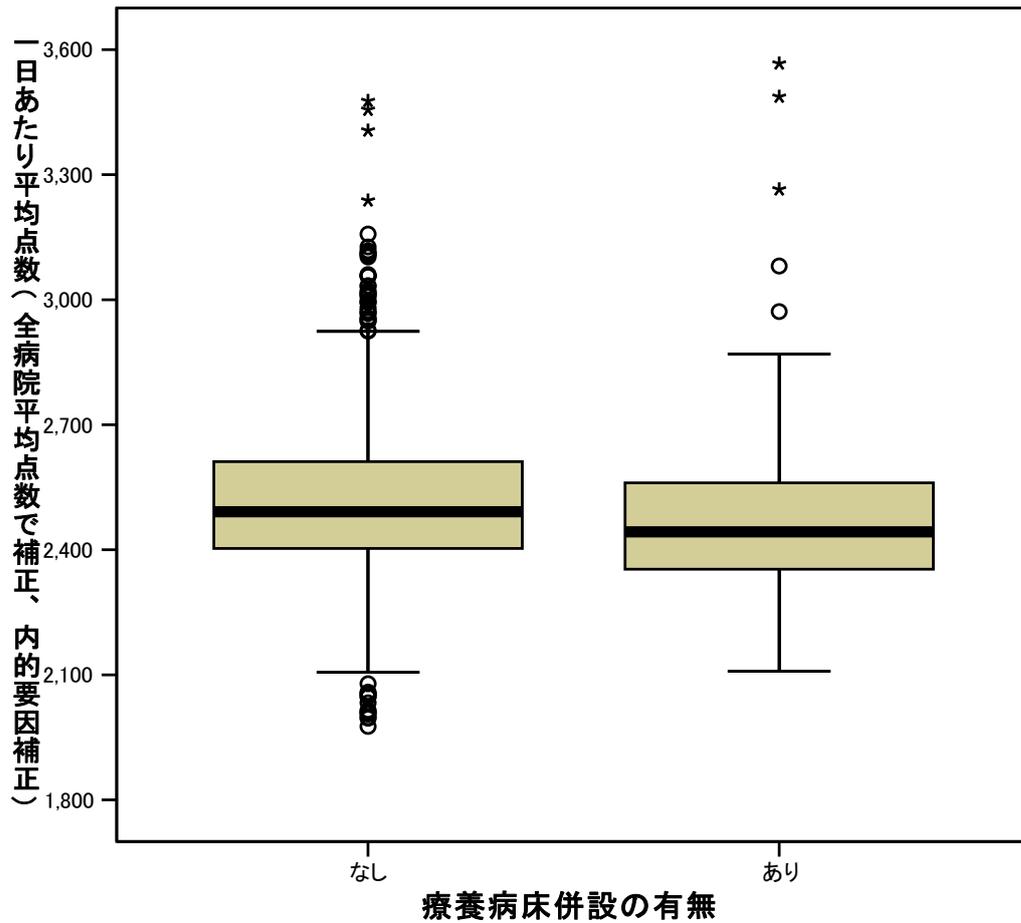
(3) 全病院の患者構成で補正後の1日あたり平均点数



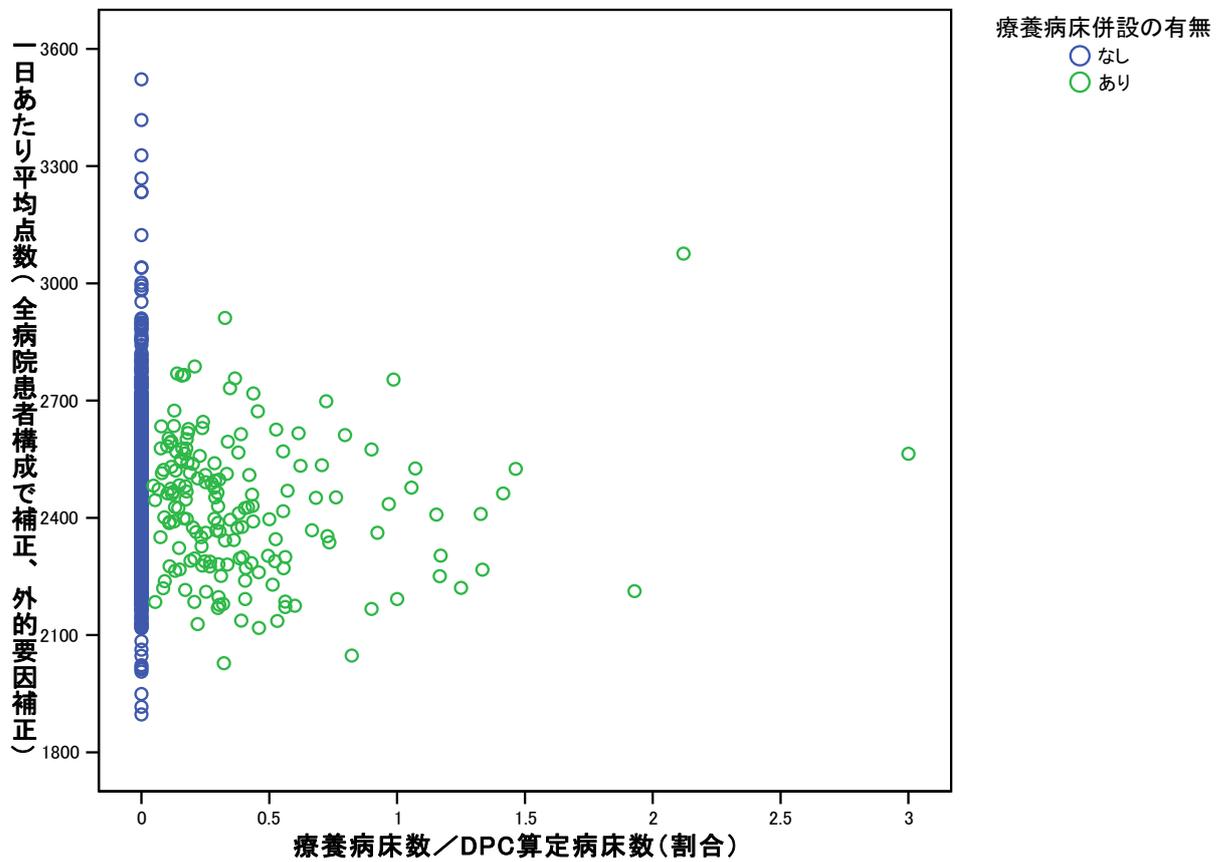
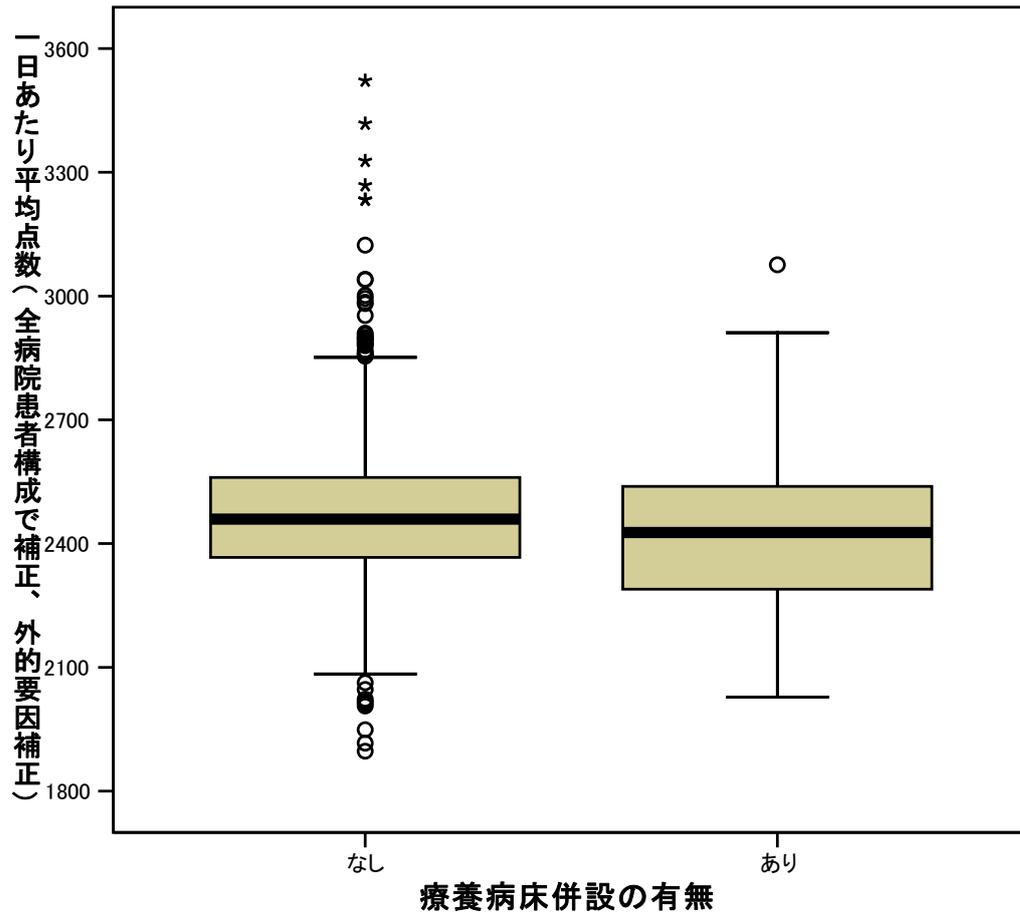
3. 療養病床併設の有無×1日あたり平均点数
 (1) 1日あたり平均点数



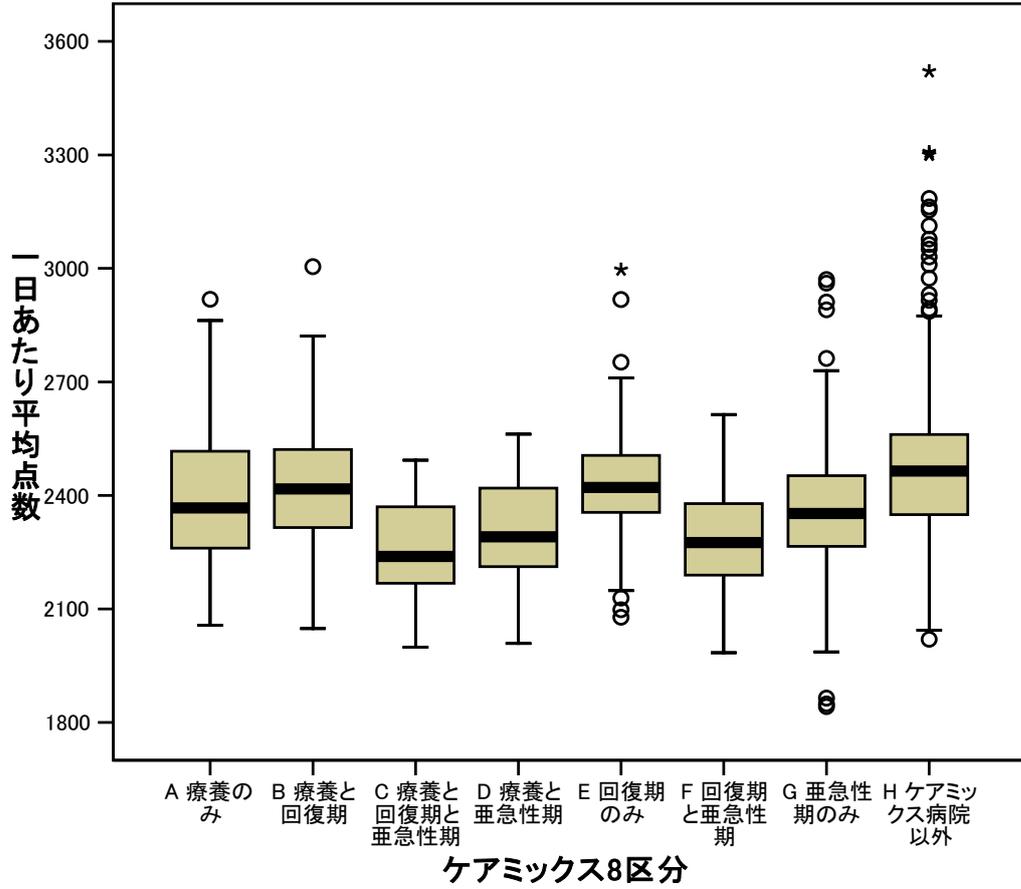
(2) 全病院の平均点で補正後の1日あたり平均点数



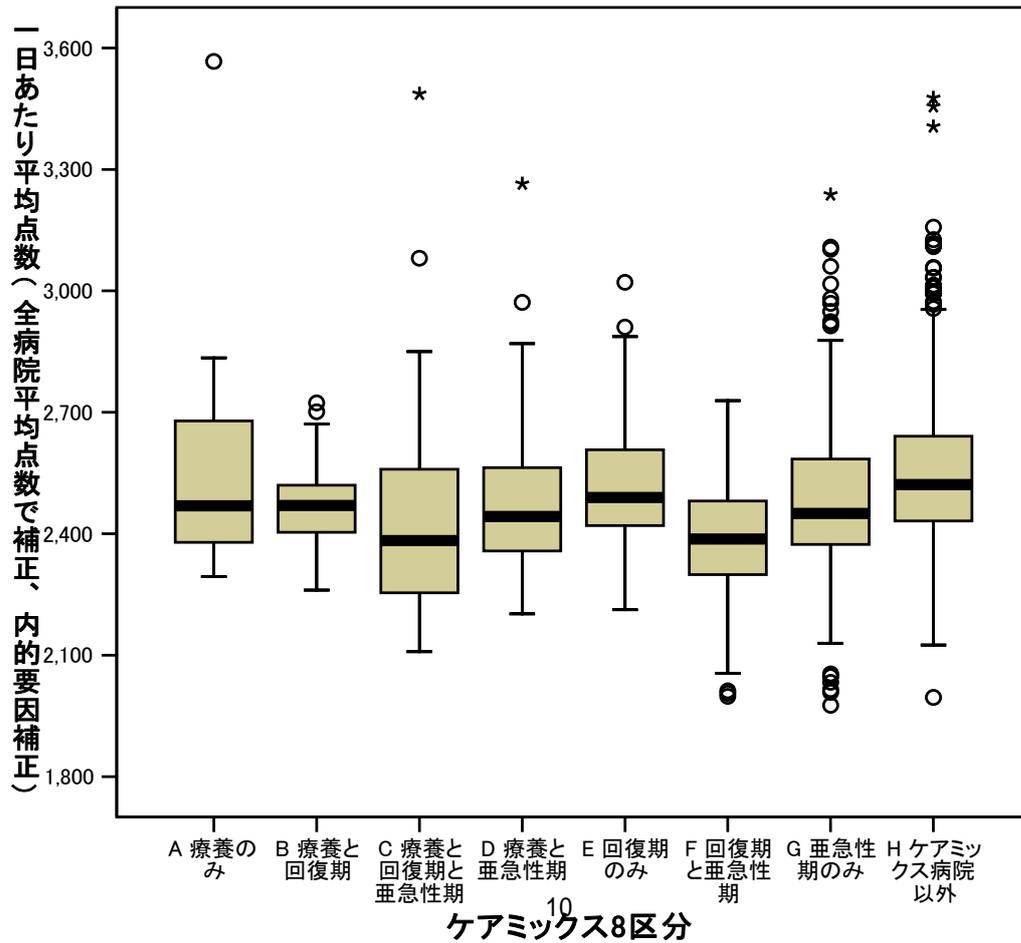
(3) 全病院の患者構成で補正後の1日あたり平均点数



4. 併設病床の種類別(8区分) × 1日あたり平均点数
 (1) 1日あたり平均点数



(2) 全病院の平均点で補正後の1日あたり平均点数



(3) 全病院の患者構成で補正後の1日あたり平均点数

