

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8月1日 (月) 15:00~17:00

(会場) 全国町村議員会館 大会議室 (2階)

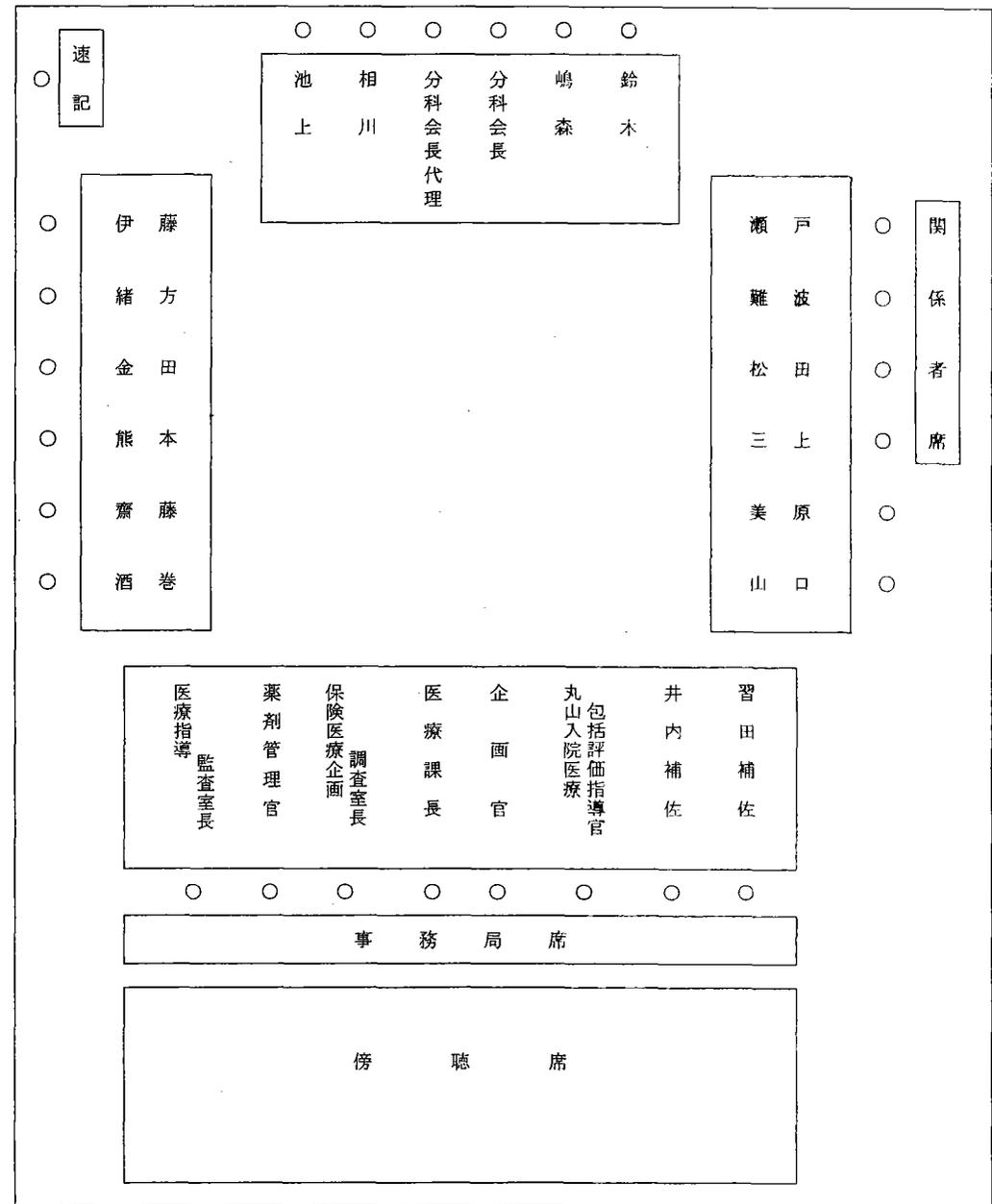
平成23年度 第5回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

日時: 平成23年8月1日 (月) 15:00~17:00

場所: 全国町村議員会館 (大会議室)

議 事 次 第

1. 平成23年7月6日DPC評価分科会 検討概要 (検討事項と主な意見等)
2. 高額薬剤等の取扱いに係る具体的な対応 (案) について
3. 医療機関群の設定について (4)



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 7 月 6 日 DPC 評価分科会 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対応について (D-3)

①新規高額薬剤等への対応

- 平均+1SD ルールは左右対称の正規分布の場合に使える指標であり、もし正規分布になっていないとすれば、パーセンタイルを使用してはどうかとの意見が示された。
- 今後の診療報酬改定において、遺伝子検査など的高額な検査が保険導入される可能性があり、これらについても議論すべきとの指摘がなされ、今後の対応について事務局が整理することとされた。

②DPC (診断群分類) 設定のあり方への対応

- DPC は、これまで臨床分類をもとに、コストが一定の範囲にある場合に包括点数を設定してきたが、コストの均一性を出発点とした新たな見方をしても良いのではないかとの意見が示された。これについては、制度創設時の診断群分類作成に当たって実施した樹形判断分析の手法 (出来高部分の点数と在院日数を使用して DPC を分離した方が良いかどうかを検討した) をもう一度実施することで良いのではないかとの意見が示された。

また、DPC の病名は、ICD-10 に基づいているが、投下資源や在院日数から臓器別疾患のカテゴリーを超えて、全く関係のない疾患の DPC を点数が同じだからと言って一まとめにすることは考えにくく、病名分類が基本となることは変わらないのではないかという見解も示された。再度、これについては、同じ MDC (主要診断群) の中であれば、ある程度検討しても良いのではないかという意見が示された。

- 以上の指摘を踏まえ、DPC は、医療資源を最も投入した傷病名、入院期間中に提供される手術・処置・化学療法等の診療行為、併存症の有無を表す副傷病等により、臨床的にも同質性 (類似性・代替性) のある患者群を臨床家の思考方法に近い形で分類し、DPC ごとに定額点数を設定するという、現行の方針を変えずに検討を行うこととされた。

③在院日数遷延への対応

- 高額薬剤を短期間に使用する診断群分類については、入院期間 I の点数を上げ、入院期間 II までの点数を少し下げることにより、かなりの部分が解消できるのではないかとの意見が示された。

- 抗がん剤などの高額薬剤は、臨床現場においては、初回の投与は危険を回避するために入院で実施するが、それ以降は外来で投与することも多く、1回目の投与についてのみ1入院当たりの包括評価とした方が、階段状に評価するよりも良いのではないかと意見も示された。
- これらの対応については、今後、具体的な提案について、事務局が検討することとされた。

2. 医療機関群の設定について（3）

①医師研修機能

- 1日当たり平均点数とDPC算定病床当たり医師密度の散布図において、大学病院本院と重複している病院を確認し、研修機能で同等の病院であれば、1つの医療機関群として評価して良いのではないかと意見が示された。
- 医師密度と診療密度の変化が連続的でもあり、係数評価が適切ではないか、との指摘も再度なされたが、基礎係数については、施設個別の調整は行わず、グルーピングによる共通値を設定するというこれまでの議論が再確認された。
- 教育にコストがかかるため、それを一定程度認めるべきということは理解するが、出来高点数の高さと教育的な機能は意味合いが違わないか、医療機関群の分け方として、出来高点数が高いことや検査が多いことで分けるのではなく、同じような疾患には同じような標準的医療が行われるべきで、教育の部分は別の形で適正に評価すべきではないかと意見が示された。
- また、現行の調整係数で評価しているものを、今後基礎係数に置き換えようとするに当たり、濃厚な診療をしている病院を評価すべきか、制度の中で効率的な治療を行い同じ結果が出る医療機関を評価すべきかという議論になっているのであって、調整係数の問題と同じことを繰り返すのではないかと懸念が示された。
- これに対し、ケースミックスインデックスと、病床当たりの医師数は相関している（重症患者を受け入れている医療機関は病床当たりの医師数が多い）こと、研修医とそうでない医師で医療材料の使い方に差があるとの知見が示されていること、また、例えばオーストラリアでは、研修医の数に応じた加算と初期研修に当たっている看護師の数に応じた加算を導入しており、国際的にも研修機能は評価項目となっている、といった見解が示された。

- 医療密度と診療密度の関連性については、提示した補正データがあくまで現行の14桁DPC単位での補正であるため、全ての重症度について補正できているわけではないこと、一方で同じようなパフォーマンスを示す医療機関であっても、大学病院本院のような人員配置と、スリムな人員配置の医療機関で在院日数や診療行為の頻度が異なる可能性があることが考えられる。

医療機関群の議論の前提は、グルーピング後に各グループの平均点で基礎係数を設定することとなるため、同程度の標準化・効率化を求めることになり、結果的に係数の高低は発生するだろうが、それを目的とした議論をしているものではない。また、重症度が厳密に一致していないとすると、より重症な患者を診るインセンティブがなくなってしまう。ゆえに、基礎係数については、一定の合理的な機能の差があるのであれば、医療機関を分けてはどうかという趣旨で提案している旨、事務局より説明した。

- また、調整係数による個別調整を廃止し、グループごとの基礎係数を設定すれば、個別施設の非効率温存はより発生しなくなる、との指摘もなされた。
- 医師臨床研修制度が始まり、地域の病院では、医師の引き上げにより大学から派遣してもらえる医師数が減少しているため、医師の派遣機能についても考慮すべきではないかとの意見が示された。
- 同じような疾患に対しては同じような医療、同じような評価がなされるべきで、単に大学病院だから高いというのは適切ではない、との指摘がなされた一方で、同じ疾患の患者でも重症度や密度に違いや幅があるということ踏まえて医療機関群の提案がなされたのではないか、との指摘や、DPCの分類自体は患者を分類するための方法であって、その適用については別の議論であり、基礎係数を設定するためのグルーピングのあり方という議論の前提に立ち戻って、医師密度をとらえるべきではないか、との指摘がなされた。

②小児医療提供機能

- 小児医療を専門的に提供している医療機関が6病院とごく少数であり、データを分析しても1つの医療機関群として設定するのは適切ではないため、小児入院医療管理料の評価のあり方の議論において検討してはどうか、という事務局の提案については、各委員の了解が得られた。

③他病院との連携機能

- 亜急性期入院医療管理料を算定する病棟を併設している医療機関は、他の医療機関と比較して1日当たり平均点数が低い傾向にあるため、引き続き事務局においてデータの分析を行うこととされた。

高額薬剤等の取扱いに係る具体的な対応（案）について

1. 高額薬剤等の取扱いに係る今後の対応について、これまでの検討概要 (平成 23 年 7 月 6 日 DPC 評価分科会資料 D-3)

(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。

2. これまでの検討を踏まえた具体的対応（案）

(1) 新規高額薬剤等への対応（「平均+1SDルール」の見直し）

新規の高額薬剤については、一定条件（いわゆる「平均+1SDルール」）を満たす薬剤を使用した患者について出来高算定としているが、ヒアリング等

において、費用償還が困難な事例や、処方控えの発生が指摘された事を踏まえ、この運用を試行的に見直し、一定期間後再度評価してはどうか。

① 判定基準を標準偏差からパーセンタイルへ変更

現行方式：対象 DPC 包括範囲薬剤費の平均+1SD（標準偏差）を基準として判定。



変更(案)：対象 DPC 包括範囲薬剤費の 84 パーセンタイルを基準として判定。

包括範囲薬剤費の分布については、正規分布として近似することが必ずしも適切ではないと考えられる場合も多いことから、判定の基準を平均+1SD（標準偏差）ではなく、パーセンタイルに変更する。正規分布の場合には、平均+1SD が 84.13 パーセンタイルに相当することから、具体的には 84 パーセンタイルを基準としてはどうか。（この設定により多くの事例について、実効上は基準緩和となる。下表参照。）

<参考 1：がんの化学療法症例数上位 5 DPC における「平均+1SD」の値とパーセンタイルの関係>

DPC	包括範囲薬剤費(点)						平均在院日数(日)
	平均値	平均+1SD		84 パーセンタイル	75 パーセンタイル	50 パーセンタイル	
		値	パーセンタイル換算値				
040040xx9904xx (肺の悪性腫瘍)	14,861	27,541	91%	21,516	17,658	11,913	18.2
060020xx99x30x (胃の悪性腫瘍)	6,917	15,688	94%	9,854	7,565	4,686	9.5
060035xx99x5xx (大腸の悪性腫瘍)	27,109	37,377	91%	33,851	31,469	25,425	4.8
120010xx99x50x (卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍)	15,532	21,906	93%	19,899	18,554	15,524	5.9
120020xx99x40x (子宮頸・体部の悪性腫瘍)	12,901	19,739	88%	18,835	17,244	12,971	6.2

② 比較対象区分の見直し（複数 DPC の包括的判定から DPC 毎の個別判定へ変更）

現行方式：適応症単位で該当する DPC を全て一括集計して判定。



変更（案）：

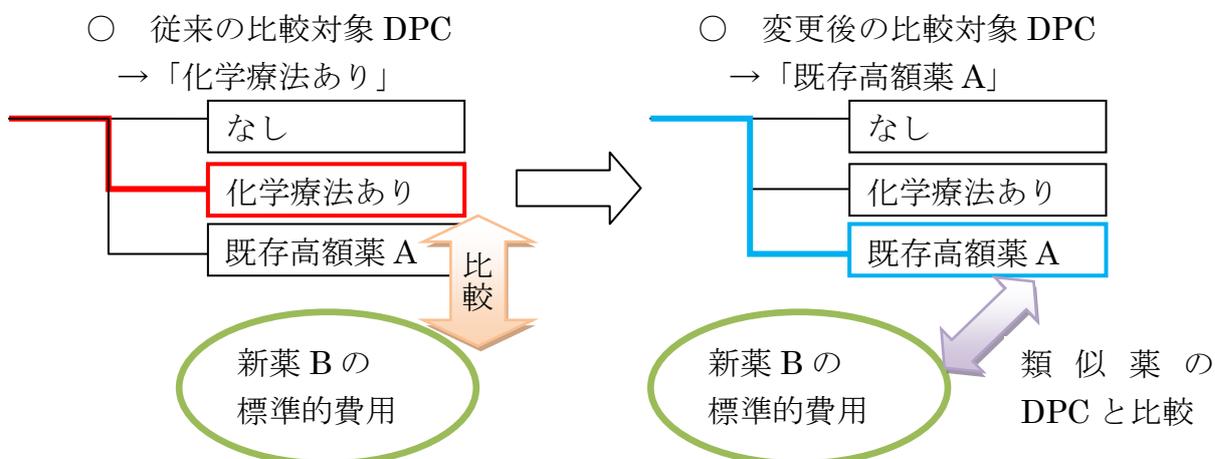
- 該当する個別 DPC が一定の範囲で特定出来る場合
個別 DPC 単位で集計して判定。
- 該当する個別 DPC が特定出来ない場合又は多数に及ぶ場合
全包括対象 DPC の包括範囲薬剤費の 84 パーセントを基準として判定。

比較対象の設定についてこれまでは、適応症単位で該当する DPC を全て一括集計して設定してきたが、今後は、比較対象となる DPC が一定の範囲で特定出来る場合には、当該個別 DPC 単位で集計して判定するよう変更する。これにより、現行よりきめ細かい対応が可能となり、特に平均在院日数の短い DPC で高額な薬剤を使用する場合について、運用上はより鋭敏に評価できると考えられる（P4 のイメージ参照）。

比較対象 DPC が特定できるのは次の 2 つの場合とする。

- 1) 類似薬効比較方式により薬価が設定された新薬（類似薬が明示されている新規薬剤）であって、当該類似薬に特化した DPC が既に設定されている場合については、当該類似薬に特化した DPC を比較対象とする。

<変更のイメージ（既存高額薬 A が新薬 B の類似薬とする）>



従前は類似薬の有無によらず、「化学療法あり」等の DPC を比較対象 DPC として設定していたが、類似薬に特化した DPC と比較・判定することで、仮に包括評価となった場合であっても、類似薬の包括点数が算定できることとなる（薬価設定時に比較の対象とならなかった（廉価な）薬剤と同等の包括点数とはならない。

2) 適応症等により該当する DPC の種類が DPC 番号上 6 桁（傷病名）の分類で 4 種類以内の場合については、該当する「化学療法あり」等の DPC をそれぞれ比較対象 DPC として個別に比較判定する。

<変更のイメージ（①の見直しも含めた場合）>

DPC	現行方式				→	変更(案)			
	新薬Xの標準的な費用(円)	包括範囲薬剤費の平均+1SD(円)	判定	平均在院日数(日)		→	新薬Xの標準的な費用(円)	包括範囲薬剤費の84パーセンタイル(円)	判定
A	24万	27万	包括	14.5	→	42万	50万	包括	40.0
B					→	31万	45万	包括	30.0
C					→	16万	12万	出来高	8.5
D					→	29万	25万	出来高	22.0

なお、上記 1)、2) 以外の比較対象 DPC が特定出来ない場合又は比較対象 DPC が多数に及ぶ場合について、その取扱い方法等は必ずしも明確ではないが（※）、その判定及び運用については、全包括対象 DPC の包括範囲薬剤費の 84 パーセンタイルを基準に判定するものとする。

※ これまでの事例ではそのようなケースは存在していない。

<参考 2：平成 22 年改定データベースでの集計値>

	包括範囲薬剤料(円)			平均在院日数(日)
	平均+1SD	75パーセンタイル	84パーセンタイル	
1入院あたり	259,325	46,580	90,510	14.33
1日あたり	15,934	3,573	5,633	

→ 1入院あたり薬剤費で 90,510 円を超えるか、1日あたり薬剤費が 5,633 円を超えた場合には、当該薬剤を使用した患者は次期診療報酬改定までの間、全て出来高で算定することとする（これらの値は改定時のデータベースで再計算する）。

③ 包括から除外され出来高評価となる DPC 番号や適応症等の明示

現行方式：薬剤一般名称と日本語適応症のみ告示で掲載。



変更（案）：薬剤一般名称、日本語適応症の他に、ICD-10 コード、対象 DPC 番号（14 桁）を明示。

ICD-10 コードと対象 DPC 番号を明示することで、円滑な診療報酬請求の手続き及び審査の事務負担軽減を図る。

(2) DPC（診断群分類）設定のあり方への対応

これまでの検討を踏まえ、特に高額薬の使用に係る DPC の見直し（統合／分離）については、当面次のような考え方で対応することとしてはどうか。

- ① 次の条件を共に満たすものについては DPC の分離を検討する。
- ガイドライン等で認められている標準レジメンであって、臨床上的効果が明らかに異なるもの
 - 診療報酬上のデータから明らかに医療資源投入量が異なるもの
- ② 次の条件のいずれかを満たすものについては DPC の統合を検討する。
- 臨床効果が同等とされる（医学的に選択の余地のある）レジメン
 - 診療報酬上のデータからあまり医療資源投入量が異なるもの

医療資源投入量 臨床上的効果＼	同等	異なる
同等	統合を検討	可能な限り統合を検討(※1)
異なる	可能な限り統合を検討(※2)	分離を検討

※1 臨床上的効果が同等で医療資源投入量が異なるもの同士については、同一の DPC にすることで、医療機関の裁量でより効率的な診療がなされることが期待される。

※2 医療資源投入量が同等で臨床上的効果が異なるもの同士については、同一の DPC にすることで、医療機関の裁量でより臨床上的効果が高いものが選択されることが期待される。

また、他国の類似制度における診断群分類設定数等の動向を参考に、我が国の DPC/PDPS における適正な DPC 数のあり方についても今後検討してみてはどうか。(医療技術の進展に伴い、諸外国においても必要に応じて診断群分類設定数が増減すると考えられ、これらが一定の参考指標となるのではないか。)

(3) 在院日数遷延への対応

高額薬剤を使用する DPC について、平均在院日数遷延を回避するための点数設定手法の導入を検討することとし、その具体化(対象となる DPC の選定や具体的方法等)に向けて今後引き続き検討してはどうか。

(4) その他ヒアリング等において指摘された関連する課題について

以下の項目については、次回診療報酬改定に向けた DPC/PDPS 算定ルールの検討作業の中で対応してはどうか。

① 高額な検査等への対応について

新たに保険収載される検査には、改定時以外で体外診断薬等が薬事承認を得たことによるものと、改定時に新たな医療技術として保険適用されたものの二種類がある。

前者については、次期診療報酬改定までの間、検体検査の代替性を考慮し最も類似する技術料を準用して算定することとなっており、既存の包括評価の中で実施することについて、高額薬剤等で指摘されたような臨床現場への影響ほど大きくないと考えられる。

後者については、心臓カテーテル検査をはじめとした生体検査も保険収載され、中には高額なものも存在すると考えられる。平成 16 年改定より、診療報酬改定において新規に導入された手術等については、次期診療報酬改定までの間包括評価の対象外(全て出来高算定)とすることとしており、診療報酬改定時に収載される高額な検査についても、この運用の中で検討することとしてはどうか。

② 特定入院期間と薬剤投与時期の関係について

薬剤使用を前提とした DPC (診断群分類) において、当該薬剤を特定入院期間後に投与することで当該 DPC を選択するという事例が報告されたが、この対応については次回改定に向けた DPC 制度全体の算定ルール(DPC 選択ルール)に係る検討において、別途対応することとしてはどうか。

医療機関群の設定について（４）

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 7 月 6 日）結果を踏まえ、大学病院本院以外の病院に関する医療機関群設定について、引き続き、以下の 2 つの視点から検討を進める。

① 病床当たりの医師密度に着目した医療機関群

- これまでの議論から、医師密度の高い医療機関の機能に着目した医療機関群の設定が検討され、実際に分析した結果、診療密度（包括範囲出来高点数）と医師密度が関連していることが示された。
- 一方で、これらに基づく具体的な医療機関群の設定（大学病院本院及びそれ以外の医療機関）に当たっては、単に「医師密度が高い」という実態だけではなく、これらの医療機関が果たしている機能や役割についても整理した上で設定する必要がある、との指摘もなされた。
- このような観点から、これまで検討してきた医師研修機能とともに、高い医師密度が求められる診療機能として、例えば、同一 DPC（同一包括点数）の患者について、より重症の患者診療がより医師密度の高い施設において実施されている等、医師密度と患者重症度等の関係について分析評価を行うこととする。
- その上で、これらの結果を踏まえて、医師研修機能や重症患者診療機能の実態を勘案した医師密度の高い医療機関群の設定のあり方について検討する。

② 亜急性期病床・療養病棟との連携機能

- 他病棟との連携機能については、回復期リハビリテーション病棟を除き、亜急性期病床・療養病棟との連携について、1 連の入院医療の取扱いのあり方も含めて、引き続き分析・検討を進める。

2. 医師密度と患者重症度等についての検討 (D-3-2) 【1. ①関連】

(1) 追加集計の概要

以下のような追加集計を実施。

- ① 診療密度（1日当たり包括範囲出来高点数）と診療報酬算定区分の相関係数（診療密度に影響している診療報酬区分を評価）
平成22年改定に使用したデータで診療密度（1日当たり包括範囲出来高点数）と各指標の相関係数（Spearmanの相関係数）を計算した。
- ② 外保連試案（第7版）手術難易度及び医師密度の関係
各医療機関の手術件数を、外保連試案（第7版）の手術難易度別に定められた「技術度指数」で補正し、外保連手術指数とした。当該指数と医師密度の関係を集計した。
- ③ 同一DPCの患者に係る重症度の違いと診療密度の関係
以下の4つのDPCについて集計した。
 - i)～iii) 「010020 くも膜下出血、破裂脳動脈瘤」の手術・処置等2あり（中心静脈注射、人工腎臓、人工呼吸の少なくとも一つを実施）の3つのDPCにおいて、実施した処置等の種類を重症度の指標とした集計
 - iv) 「040080 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」における、血液ガスの有無を重症度の指標とした集計

(2) 集計結果の概要

- ① 診療密度（1日あたり包括範囲出来高点数）といずれの診療報酬算定区分や指標も正の相関を示したが、中でも「検査・病理」「画像診断」「注射」との相関が強かった。
- ② 医師密度が高い施設ほど外保連手術指数が高かった。また、外保連手術指数の高い施設ほど診療密度が高かった。
- ③ 対象患者と診療内容に応じて、幾つかのDPCでは、より診療密度の高い症例が、医師密度の高い施設ほど多く診療されている傾向が観察された。

(3) 追加集計も含めたこれまでの分析結果に関する検討

- 今回の集計結果から、診療密度（1日あたり包括範囲出来高点数）の増減に最も影響を与えている診療報酬項目が「検査・病理」「画像診断」「注射」であり、また、これらの実施の有無や多寡は医師の配置（医師密度）により強く影響されることから、前回までに示された診療密度と

医師密度との間に一定の関係があることと合致していると考えられるのではないか。

- 外保連手術指数に基づく実施手術の難易度、診療密度、医師密度との間に強い相関関係があること、更に同一 DPC（同一包括点数）の患者についても、患者の重症度、診療密度、医師密度との間に一定の関係があることから、難易度の高い医療技術の実施や重症度の高い患者の診療と、医師密度との間に一定の傾向があると考えられるのではないか。
- 今回の分析結果と前回までの検討を合わせて、診療密度（1日あたり包括範囲出来高点数）の高い医療機関と医師密度との関係には一定の相関があり、その背景要因として、これらの医療機関が担っている医師に対する研修、高度な医療技術の実施、重症患者に対する診療、といった要素が関わっていると考えられるのではないか。

(4) 具体的な医療機関群の設定に関する検討

- 以上の検討を踏まえ、以下のような一定の機能や実績の要件を満たす一定以上の医師密度・診療密度の医療機関について、独立した医療機関群として設定することを検討してはどうか。

【具体的な要件のイメージ（たたき台）】

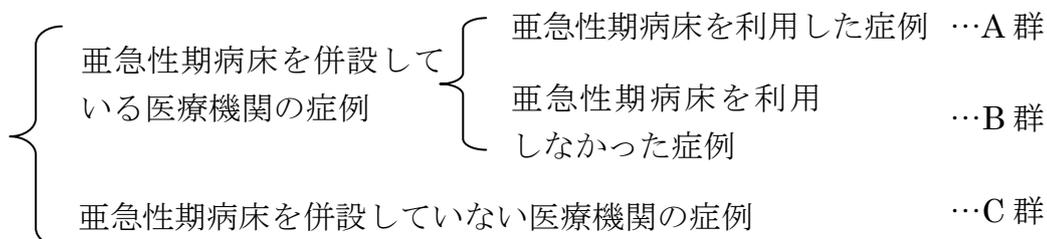
- ①医師密度・診療密度の要件
 - ・ 大学病院本院80施設を参考に設定（具体的には今後検討）
- ②一定の機能や実績の要件：以下のいずれかを満たす医療機関
 - ・ 一定以上の医師研修の実施（具体的な要件は今後検討）
 - ・ 一定以上の高度な医療技術の実施（具体的な要件は今後検討）
 - ・ 一定以上の重症患者に対する診療の実施（具体的な要件は今後検討）
- また、大学病院本院の医療機関群と、上記で検討する大学病院本院以外の医療機関群との関係についても、今後の検討過程で整理し、最終的に別々の医療機関群とするか、それとも両者を合わせた医療機関群とするかを合わせて検討してはどうか。

3. 亜急性期病床・療養病棟との連携機能の検討 (D-3-3) 【1. ②関連】

(1) 追加集計とその結果の概要

- ① 亜急性期病床を併設している医療機関で、入院後何日目に亜急性期病床に転床したかについて、症例数上位5つのDPCについて集計した。
その結果、5つのDPCいずれにおいても、設定された包括点数が2,050点（亜急性期入院医療管理料の設定点数）を下回る時期と亜急性期病床に転床した症例の転床時期のピークが一致していた。

- ② 一方、同じ5つのDPCの症例について、次の3群に分けて、入院後の経過日数別に集計した診療密度（1日当たり包括範囲出来高点数）を分析した。



その結果、3つの群の間で診療密度（1日当たり包括範囲出来高点数）について明らかな差は認められなかった。

- ③ 療養病棟を併設する医療機関について、上記①と同様な分析を行ったが、包括点数の変化と療養病棟入院基本料の算定開始の時期に明らかな傾向は認められなかった。

(2) 追加集計の結果を踏まえた検討

- 亜急性期病床への転床時期（算定開始時期）は多数の事例で一定の傾向を持って、DPC/PDPSの包括点数と亜急性期入院医療管理料の包括点数との比較で報酬算定上有利となる時期に転床している（全ての症例が同一のタイミングで転棟していないのは亜急性期病床の設置数が一定数以下に制限されていることが一因として考えられる。なお、亜急性期入院医療管理料の包括範囲とDPC/PDPSの包括範囲はほぼ同等である。）。
- 一方で、亜急性期病床への転床の有無によらず、観察される診療密度は、今回分析した範囲ではいずれも大きな相違は無く、亜急性期病床と

DPC/PDPS 対象病床との間で患者像として異なるものではないと考えられる。

- このように、患者像に大きな相違がないと考えられるにも係らず、主として診療報酬算定上のメリットにより転床が実施されている事態が発生している可能性があると考えられ、適切な病床の機能分化の推進という観点から、何らかの対応が必要ではないかと考えられる。
- 以上から、医療機関群として亜急性期病床併設の有無を検討するのではなく、DPC/PDPS 算定ルールの見直しによる対応を検討する必要があると考えられる。
- 療養病棟との連携については、前回（平成 23 年 7 月 6 日）データも含めた一連の検討において明らかな傾向が認められないことから、これらについても医療機関群設定の検討からは除外してよいと考えられる。

4. まとめと今後の対応

- (1) DPC/PDPS 調整係数の置換えに伴う基礎係数で設定する医療機関群は、当面、①大学病院本院群、②大学病院本院以外の医師密度の高い病院群（名称については別途検討）、③前記以外、の 3 つの医療機関群とする方向で検討を進めてはどうか。（この場合、最終的に①②を別の医療機関群とするか、合わせて一つの医療機関群とするかも含めて検討）
- (2) 上記(1)の医療機関群に関する要件の更なる具体化作業については、これまでの検討状況を中医協に報告し了承を得た上で、今後着手してはどうか。
- (3) 他病棟との連携機能については、医療機関群として設定は行わず、次回診療報酬改定に向けた DPC/PDPS 算定ルールの検討作業の中で対応してはどうか。

医療機関群の設定について（４）

医師密度と患者重症度等についての追加集計結果

既存のデータベースに基づき、以下の集計を行った。

- ① 診療密度（１日当たり包括範囲出来高点数）と診療報酬算定区分の相関係数（診療密度に影響している診療報酬区分を評価）
平成 22 年改定に使用したデータで診療密度（１日当たり包括範囲出来高点数）と各指標の相関係数（Spearman の相関係数）を計算した。
- ② 外保連試案（第 7 版）手術難易度及び医師密度の関係
各医療機関の手術件数を、外保連試案（第 7 版）の手術難易度別に定められた「技術度指数（下記）」で補正し、外保連手術指数とした。当該指数と医師密度の関係を集計した。

手術難易度	A	B	C	D	E
技術度指数	1	3	5.5	8	12

- ③ 同一 DPC の患者に係る重症度の違いと診療密度の関係
以下の 4 傷病について集計した。
 - i)~iii) 「010020 くも膜下出血、破裂脳動脈瘤」の手術・処置等 2 あり（中心静脈注射、人工腎臓、人工呼吸の少なくとも一つを実施）の 3 つの DPC において、実施した処置等の種類を重症度の指標とした集計
 - iv) 「040080 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎」における、血液ガスの有無を重症度の指標とした集計

< 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 (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 診療密度（1日当たり包括範囲出来高点数）と各変数の相関係数

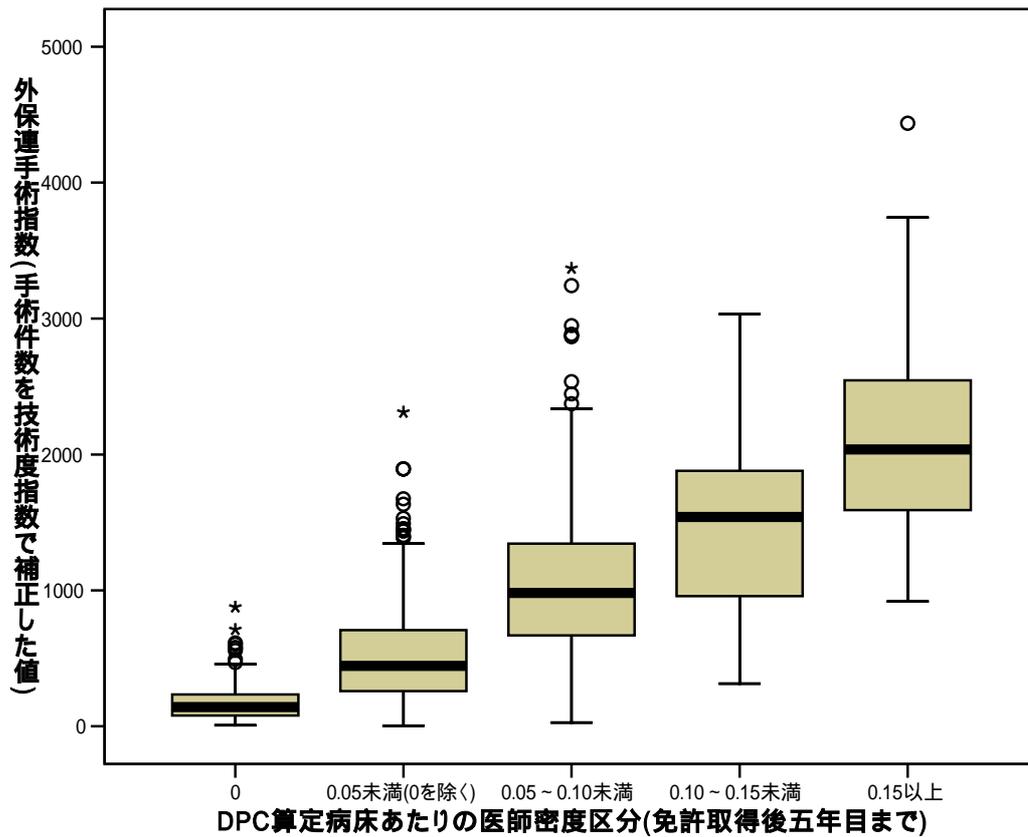
平成22年12月16日DPC評価分科会D-4（松田委員提出資料、調整係数と各変数の相関係数を表示した資料）と同様に、平成22年改定に使用したデータで診療密度（1日当たり包括範囲出来高点数）と各指標の相関係数（Spearman）を計算した。

	相関係数	有意確率 (両側)	N
複雑性指数	0.36	<0.001	1,357
効率性指数	0.27	<0.001	1,357
カバー率	0.49	<0.001	1,357
包括点数	0.54	<0.001	1,357
入院基本料	0.48	<0.001	1,357
検査・病理	0.61	<0.001	1,357
画像診断	0.63	<0.001	1,357
投薬	0.55	<0.001	1,357
注射	0.65	<0.001	1,357
処置	0.56	<0.001	1,357
その他薬剤	0.18	<0.001	1,357
DPC算定病床あたり医師数 (免許取得後二年目まで)	0.44	<0.001	1,357
DPC算定病床あたり医師数 (免許取得後五年目まで)	0.48	<0.001	1,357
DPC算定病床あたり医師数 (全医師数)	0.42	<0.001	1,357

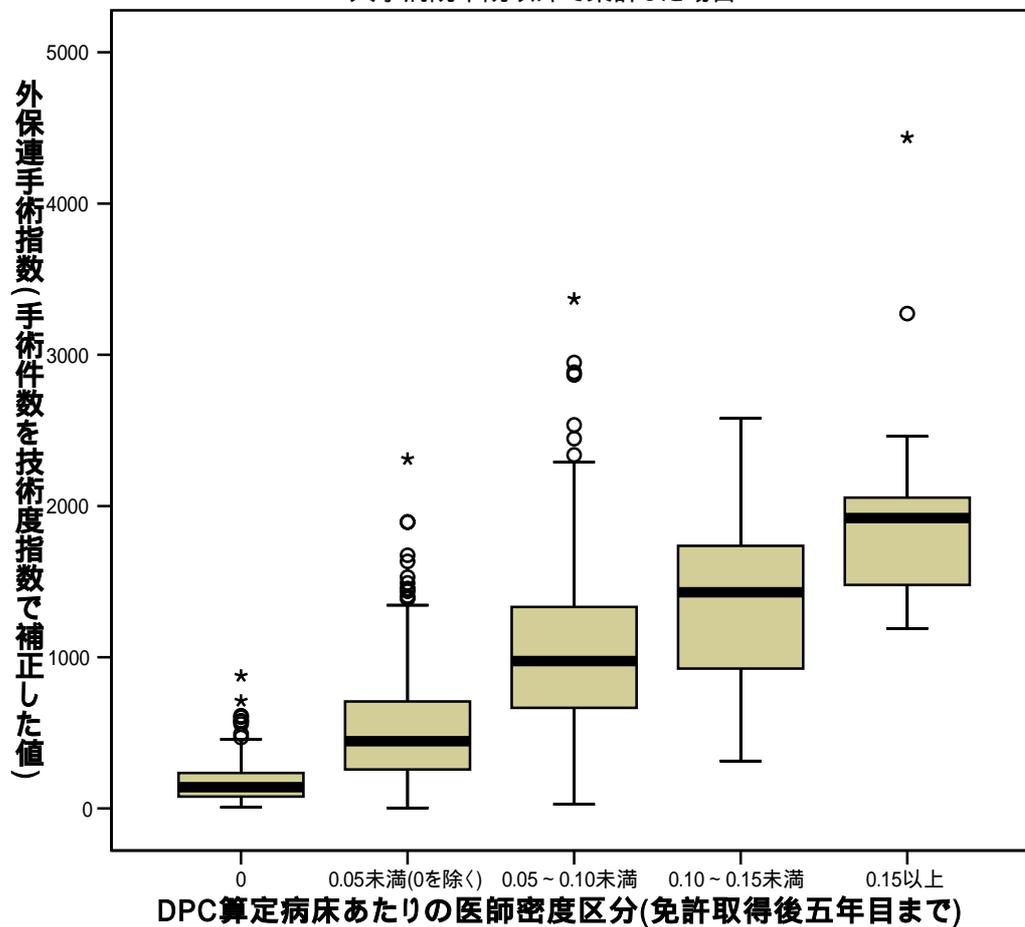
外保連試案(第7版)手術難易度及び医師密度の関係

1) 外保連手術指数と医師密度(免許取得後5年目まで)

大学病院本院を含めて集計した場合

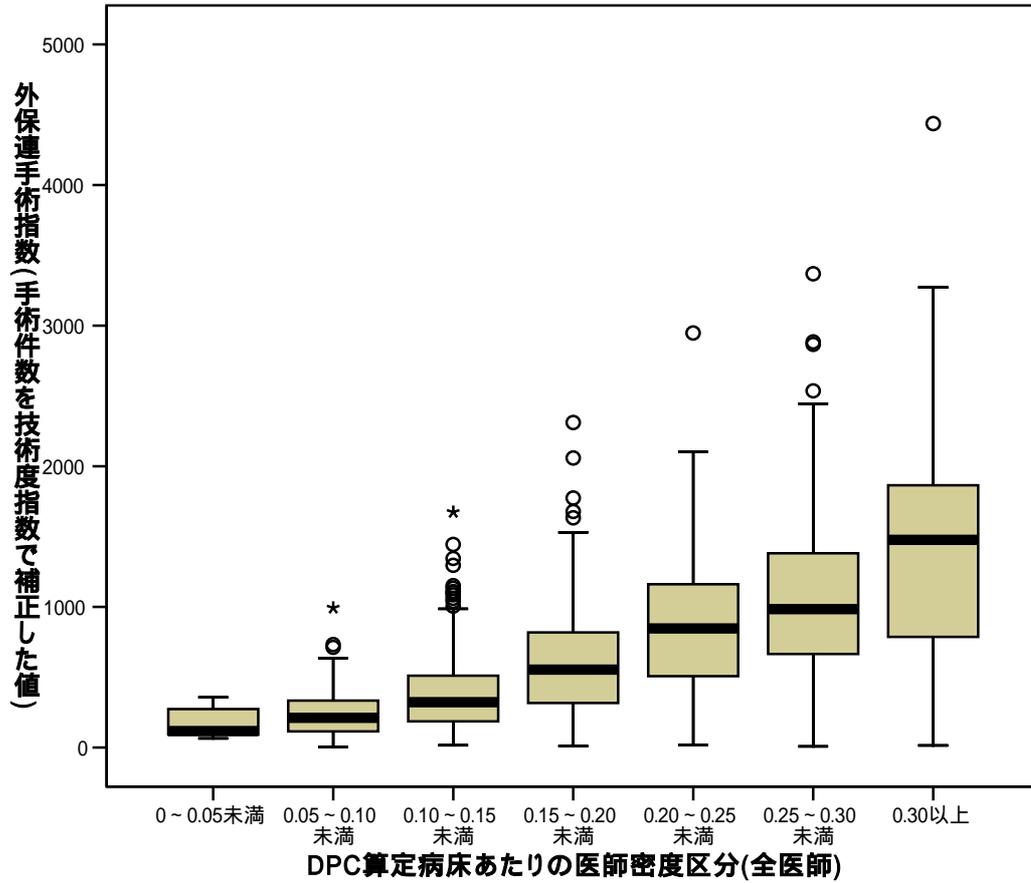


大学病院本院以外で集計した場合

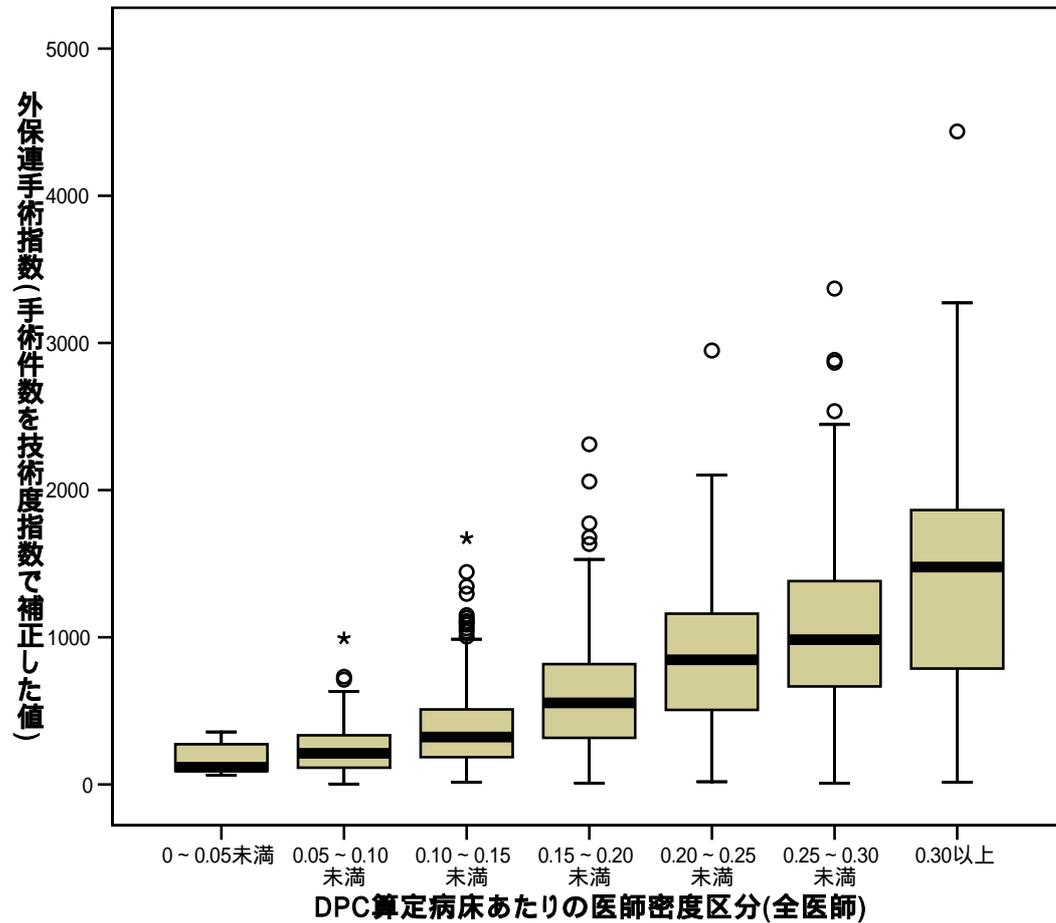


2) 外保連手術指数と医師密度(全医師)

大学病院本院を含めて集計した場合

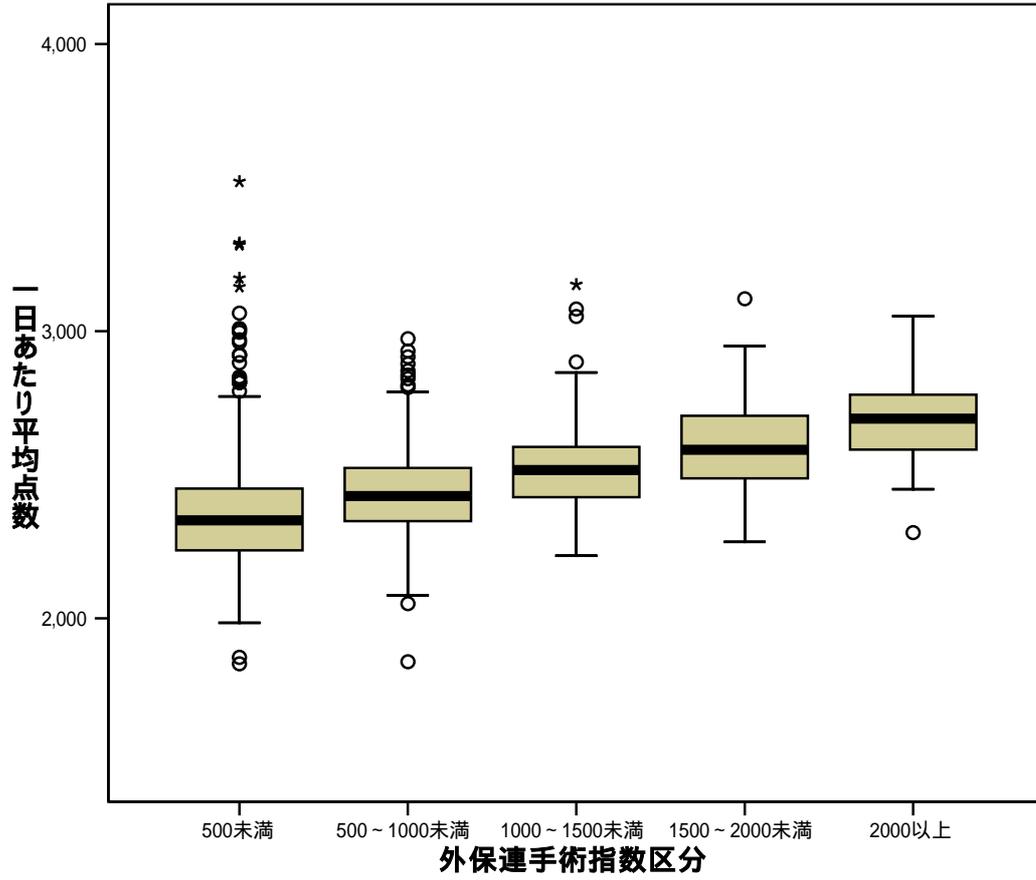


大学病院本院以外で集計した場合

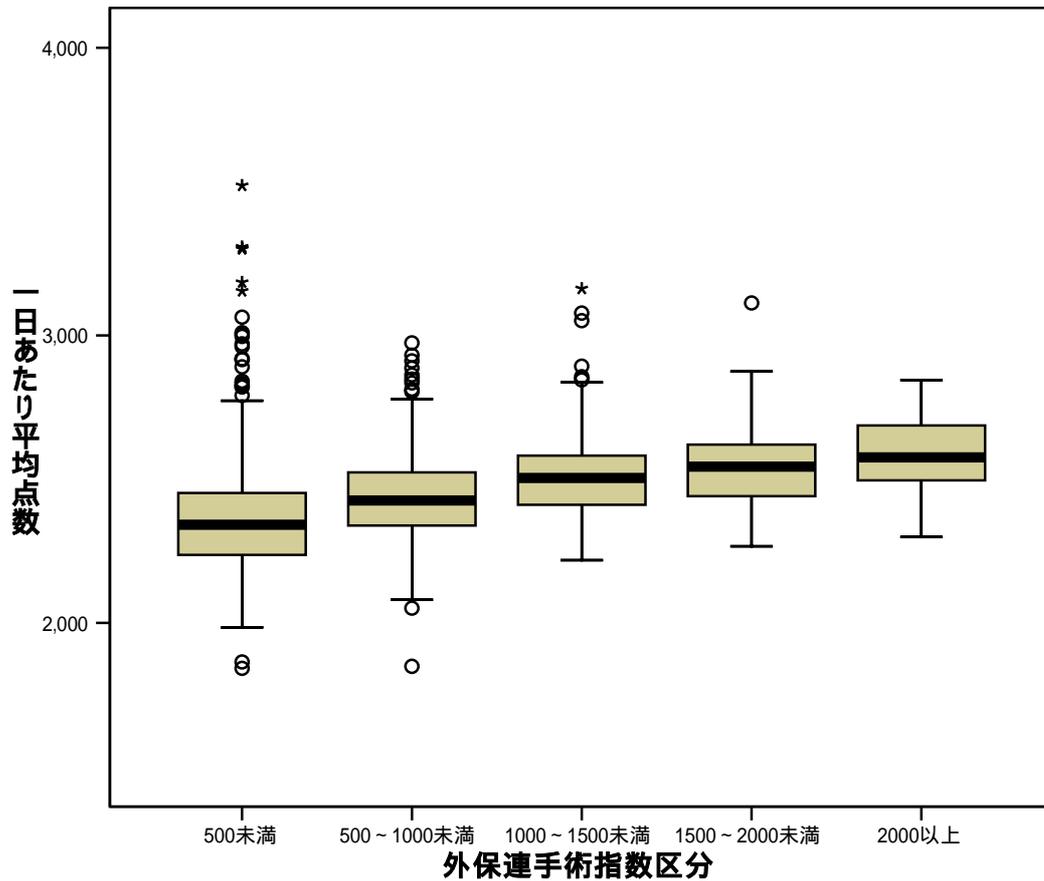


3) 外保連手術指数と診療密度(1日当たり包括範囲出来高点数)

大学病院本院を含めて集計した場合



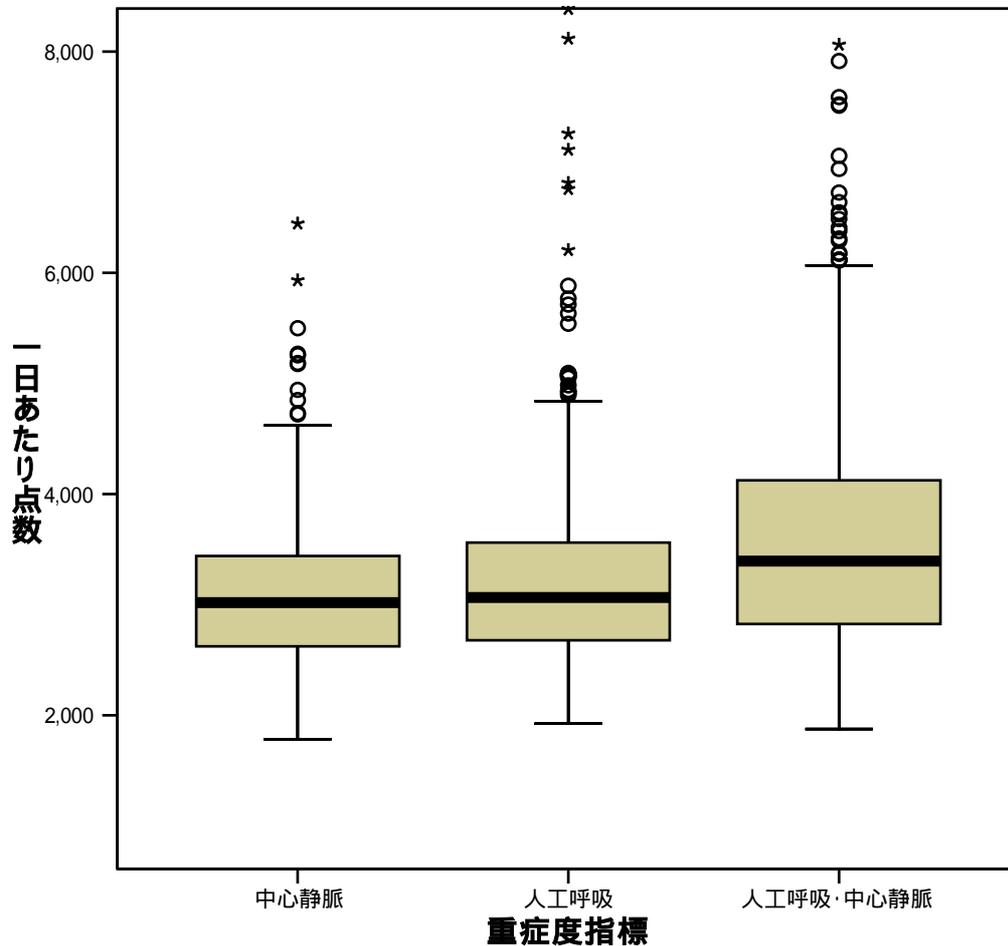
大学病院本院以外で集計した場合



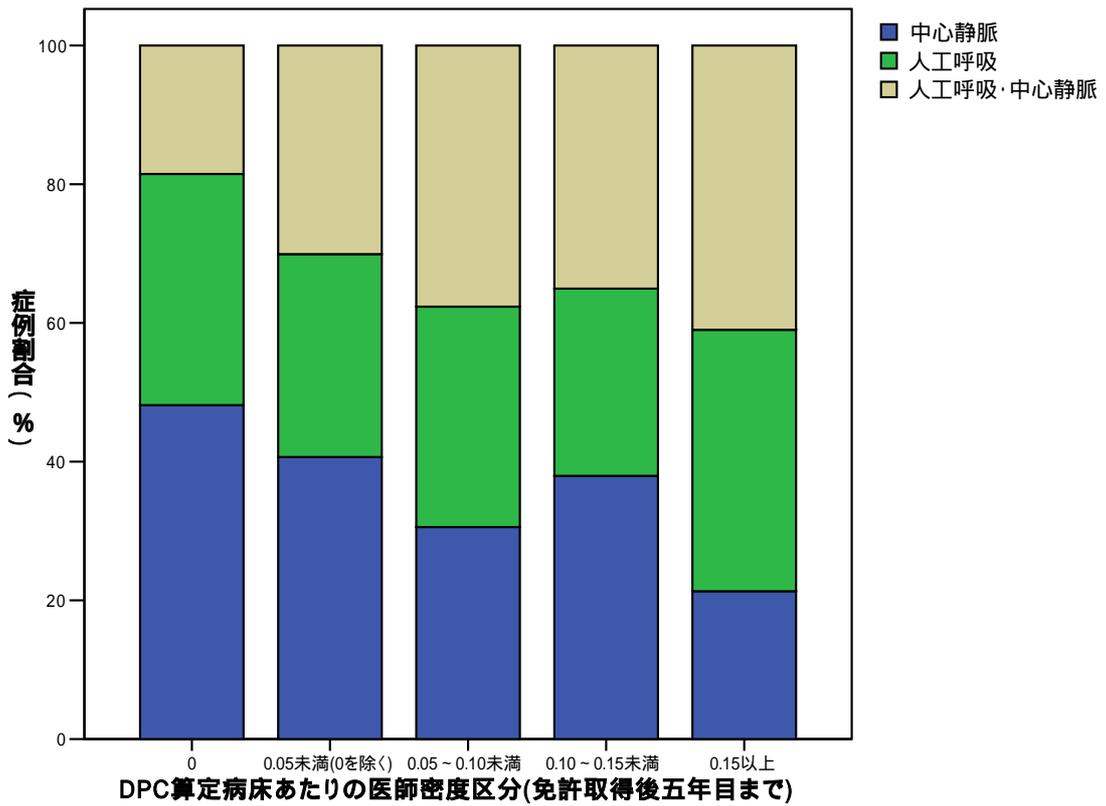
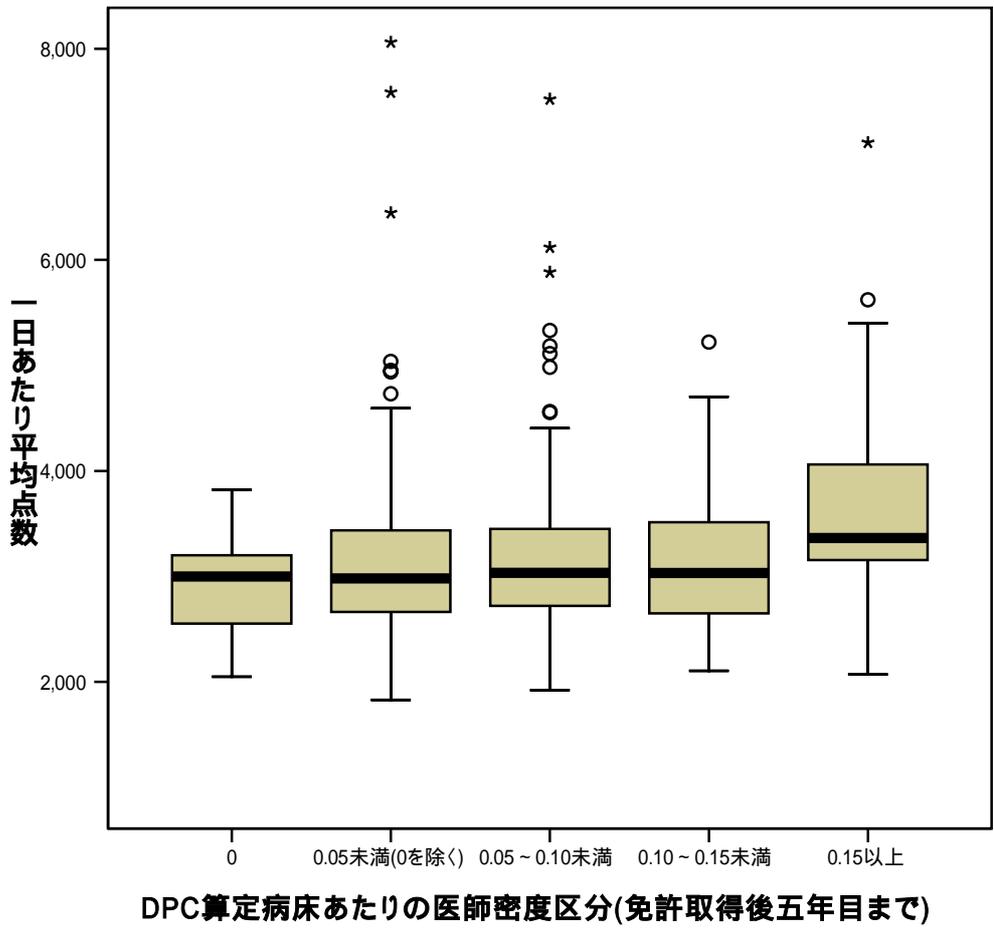
同一DPCの患者に係る重症度の違いと診療密度の関係

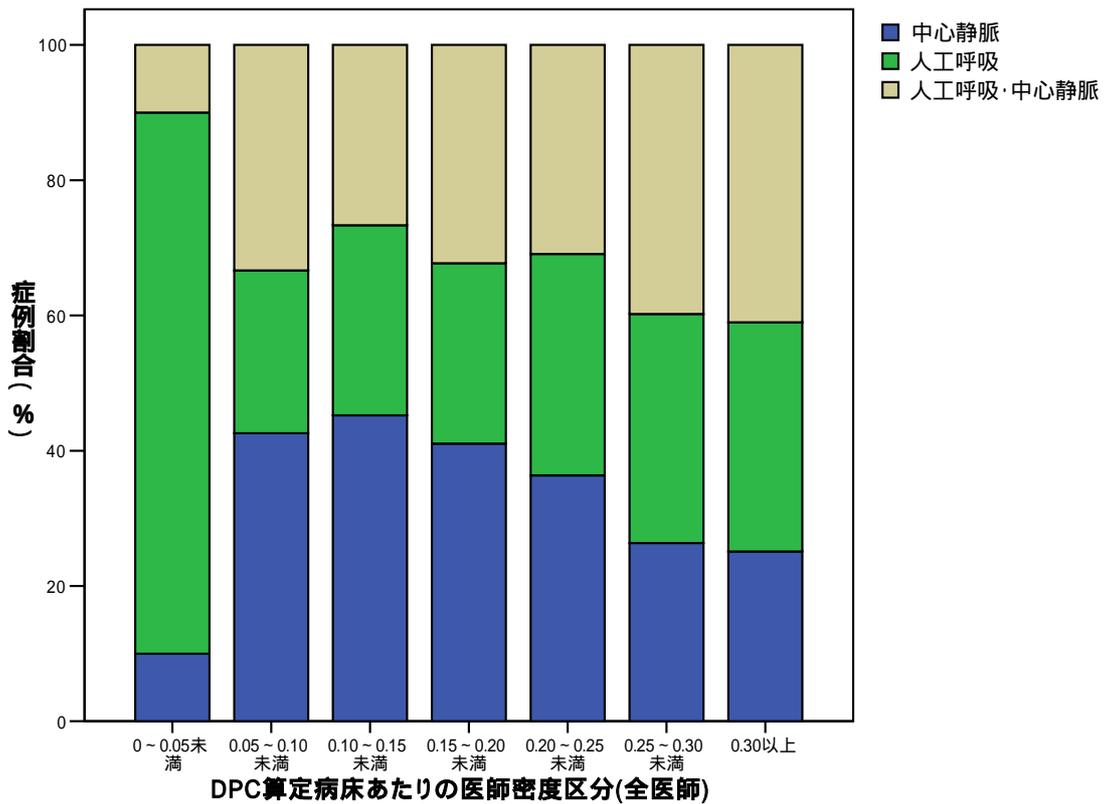
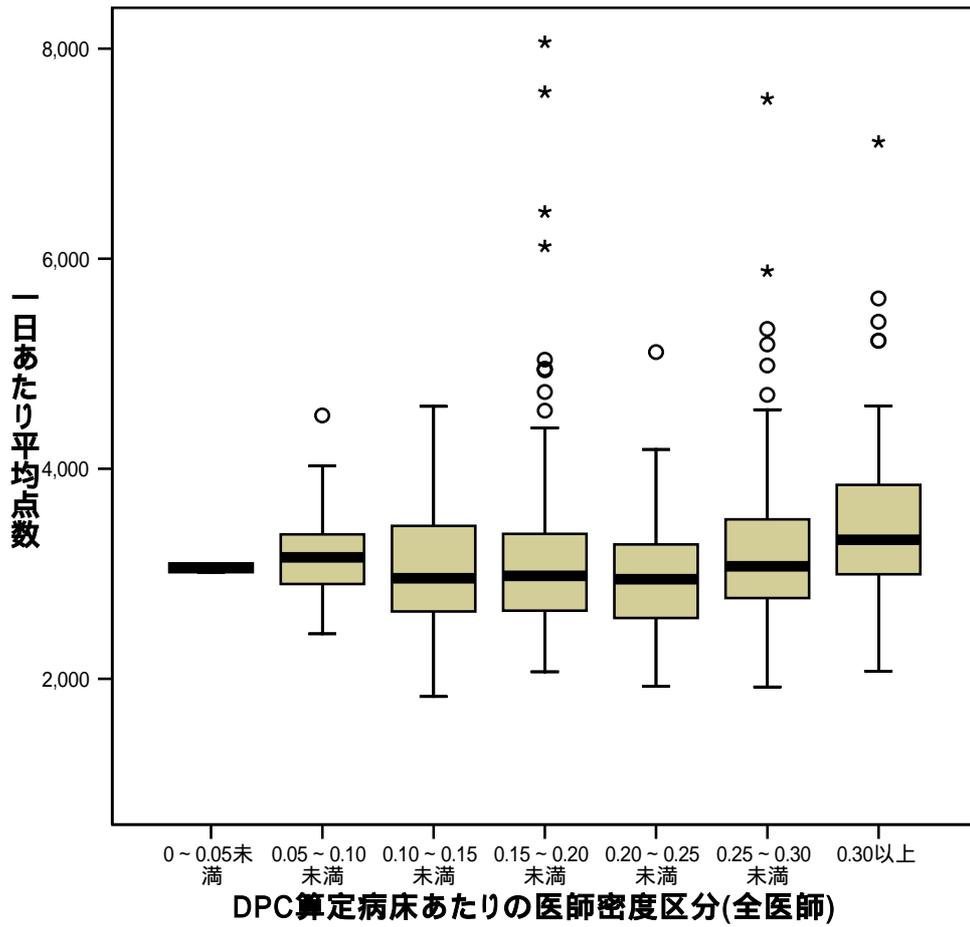
) 010020x001x1xx

くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満) 脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)等 手術・処置等2 あり



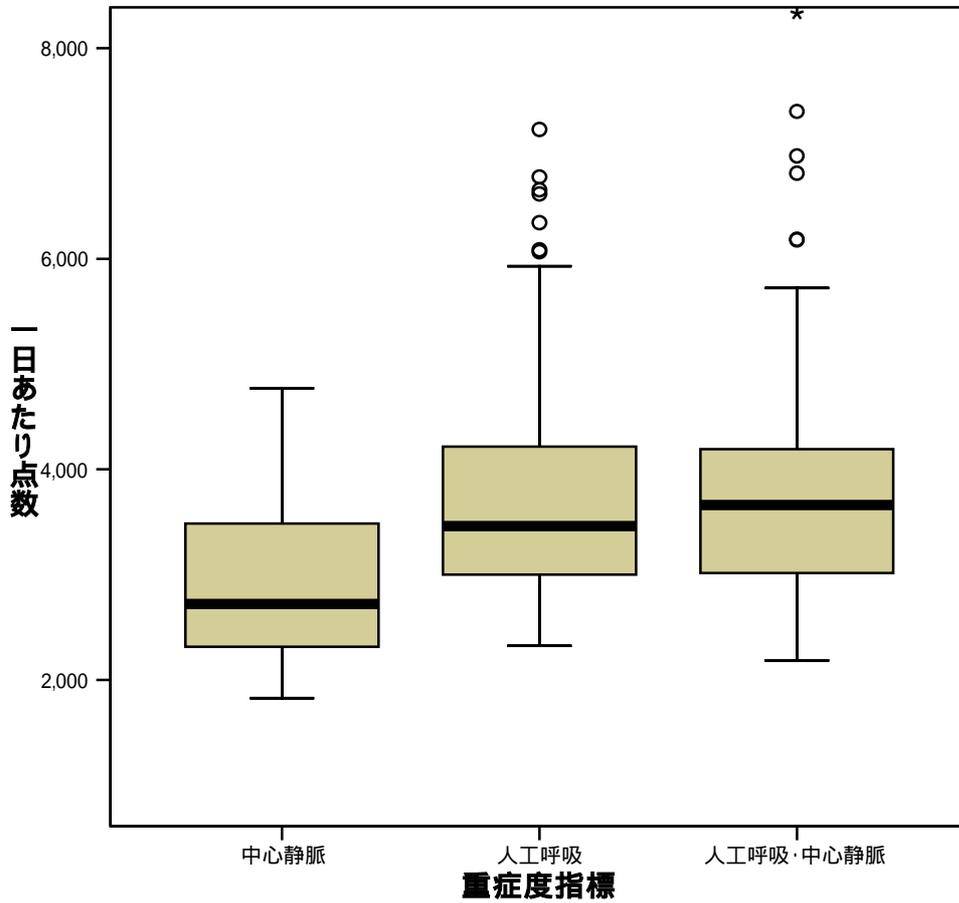
	中心静脈	人工呼吸	人工呼吸・中心静脈	計
症例数	425	372	407	1,204
比率	35.3%	30.9%	33.8%	100%



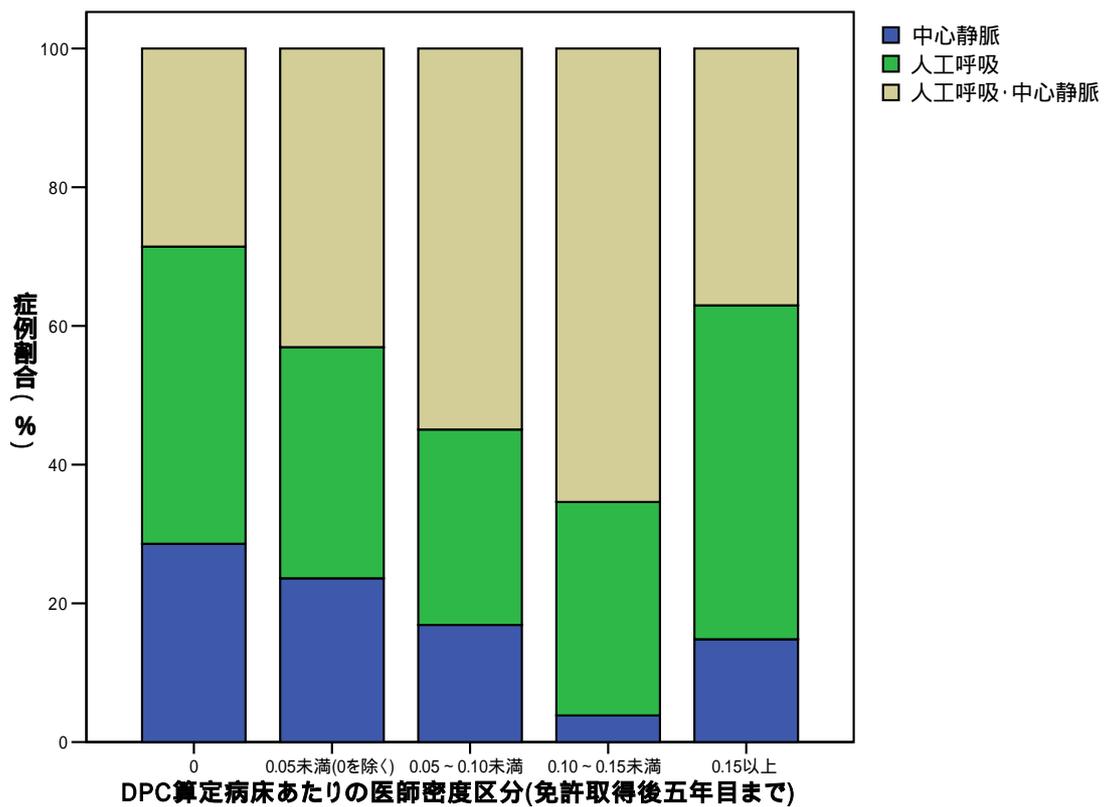
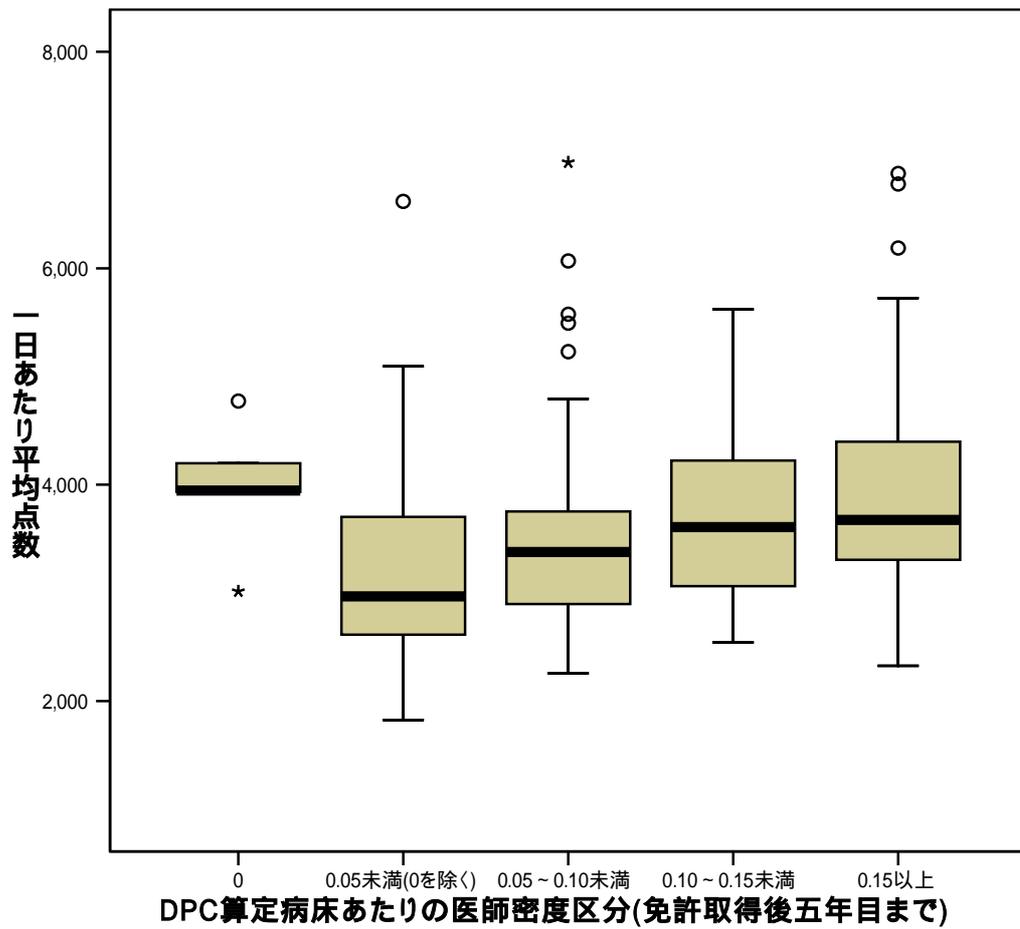


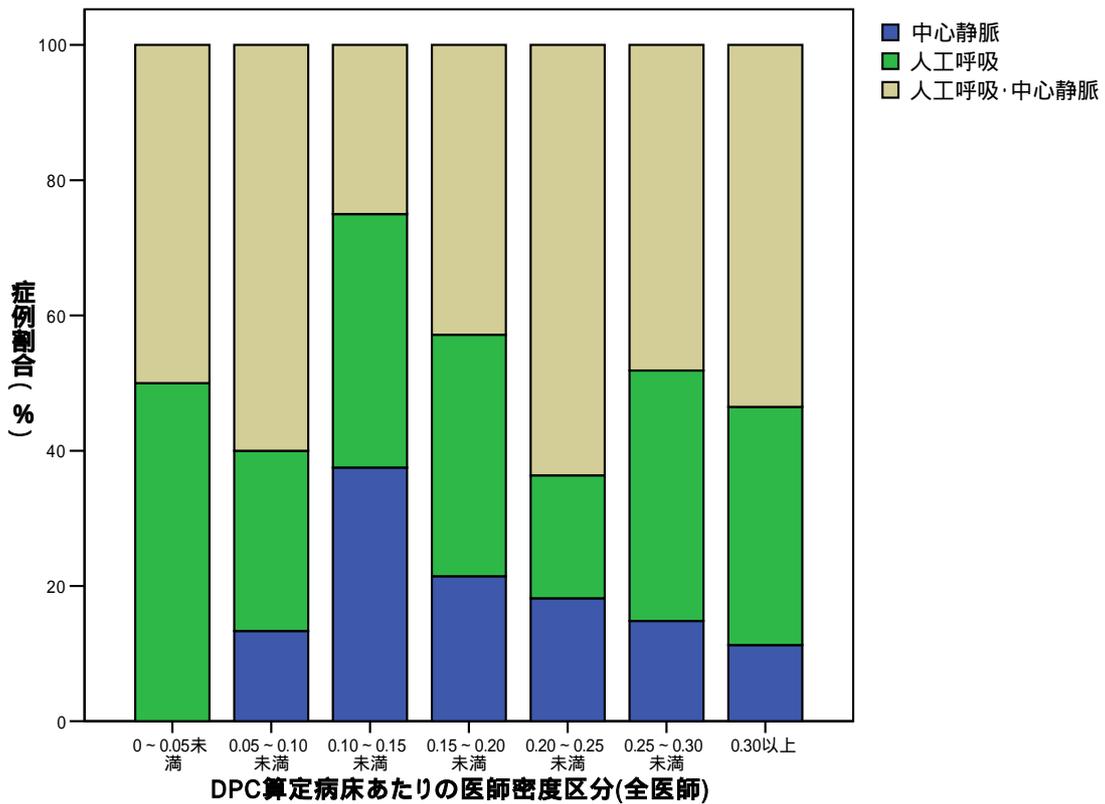
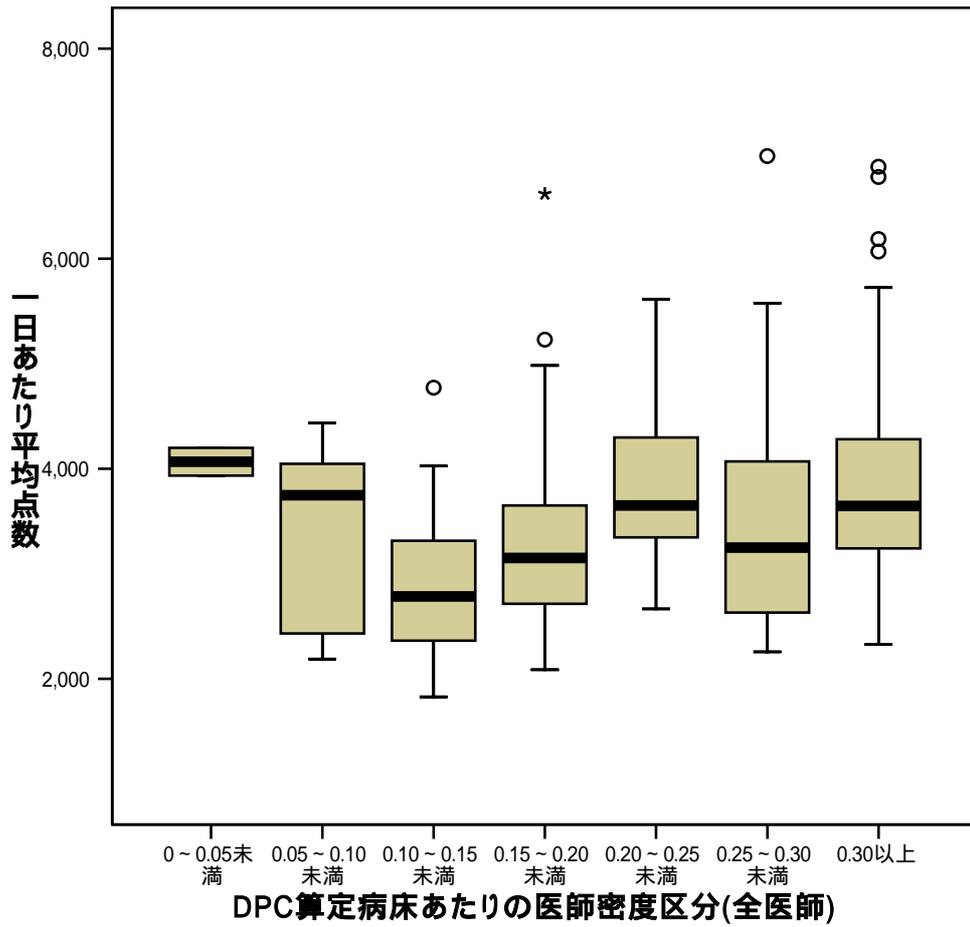
) 010020x002x1xx

くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満) 穿頭脳室ドレナージ術等 手術・処置等
2 あり



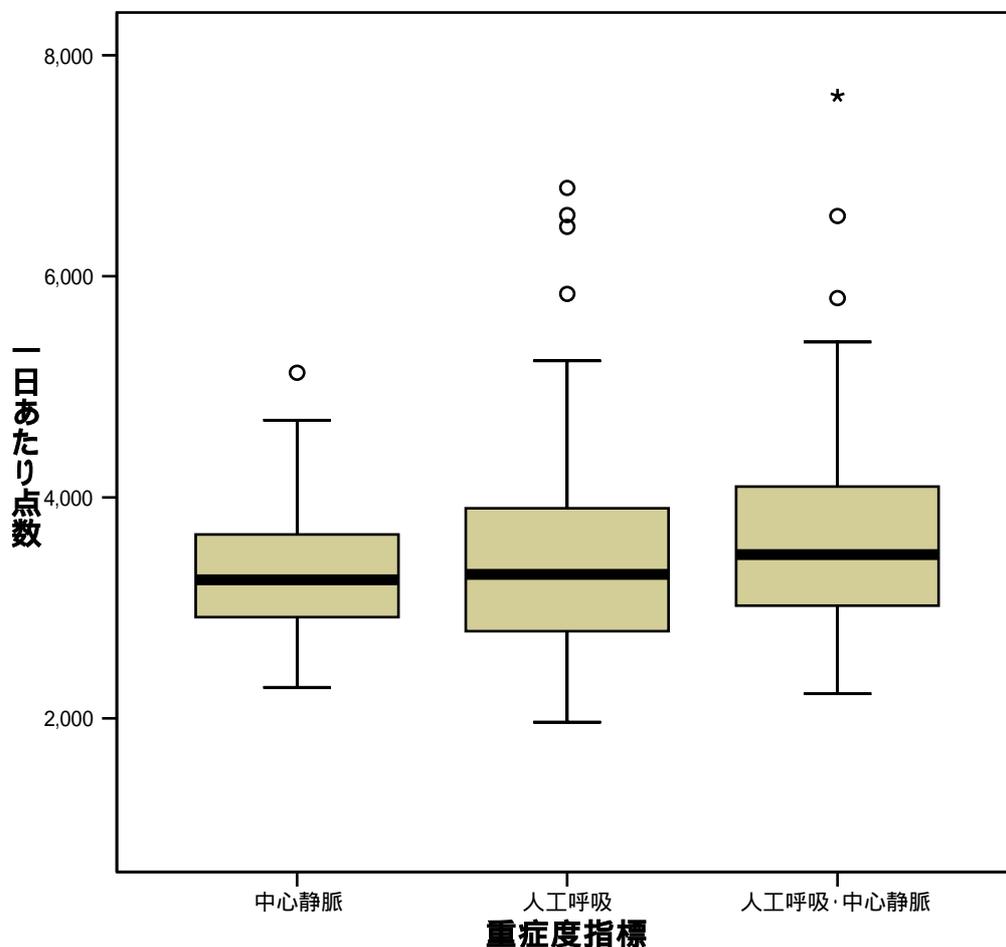
	中心静脈	人工呼吸	人工呼吸・ 中心静脈	計
症例数	36	68	99	203
比率	17.7%	33.5%	48.8%	100%



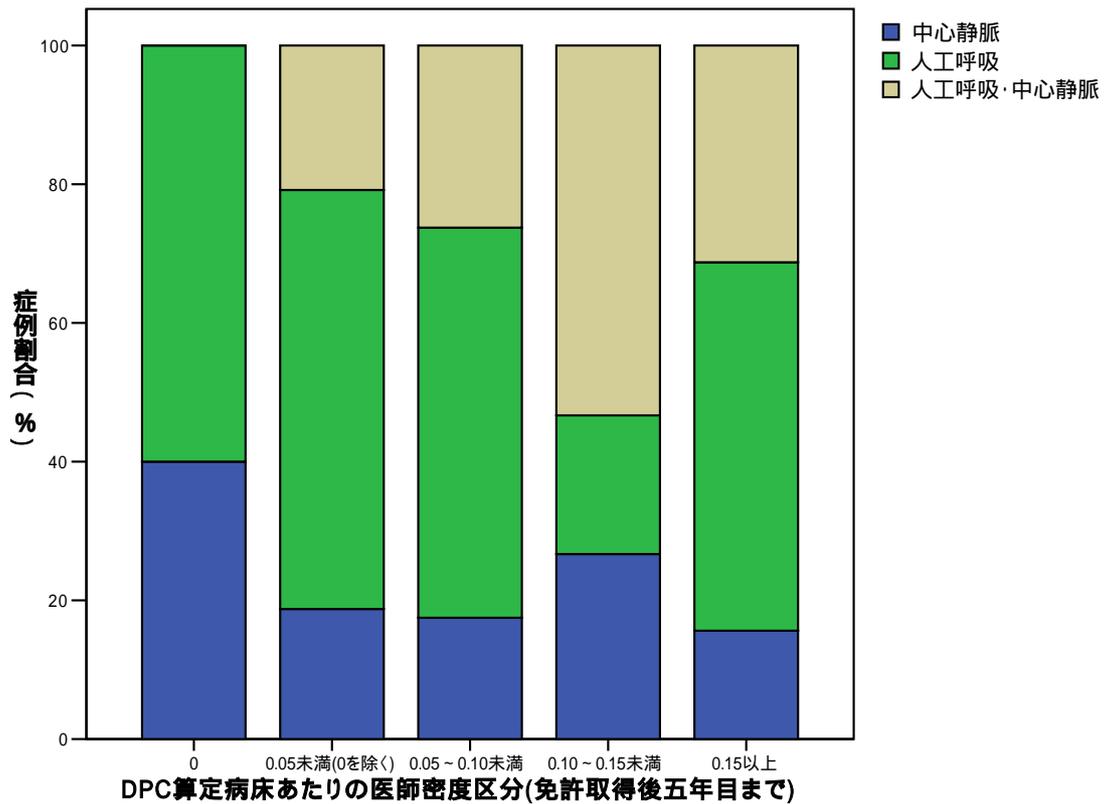
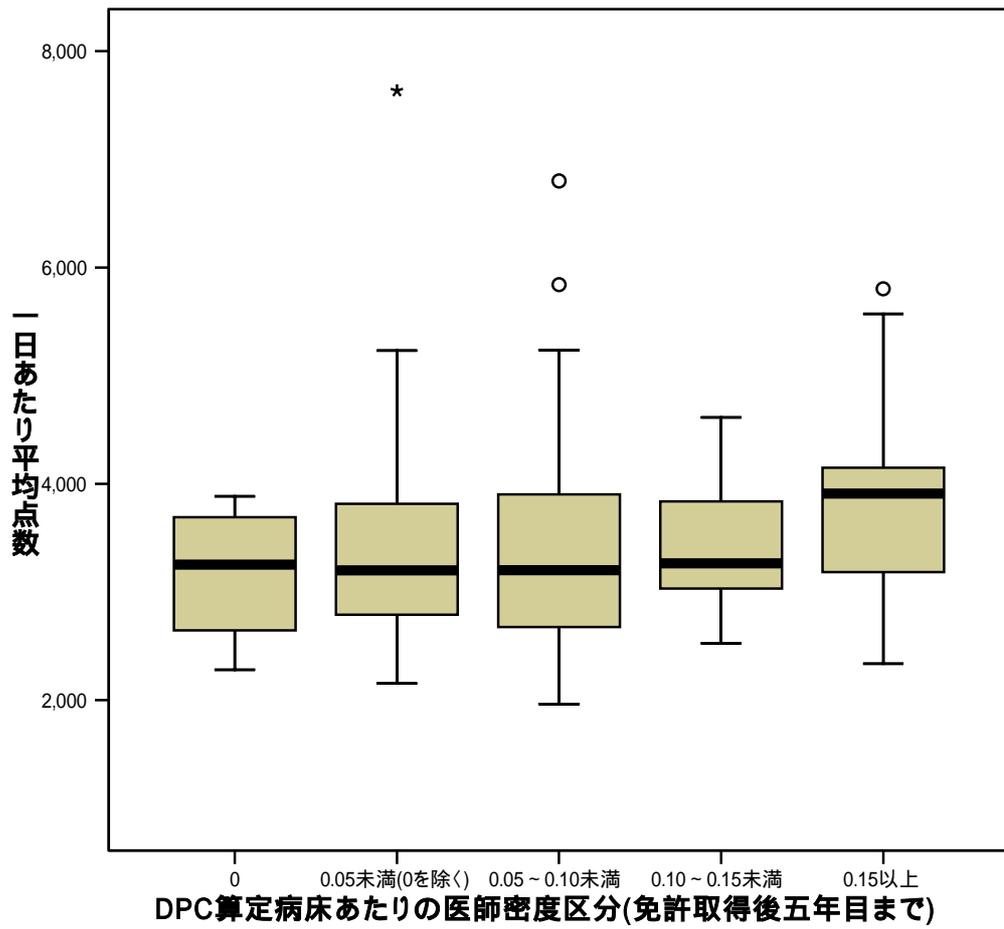


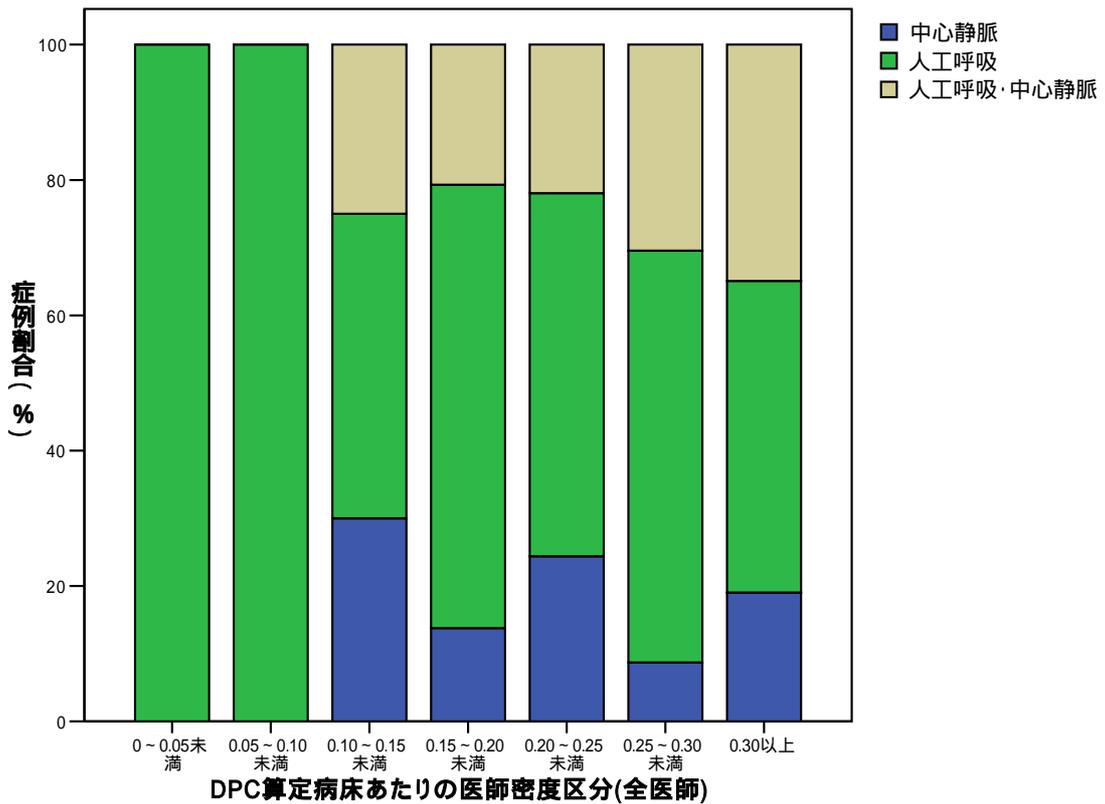
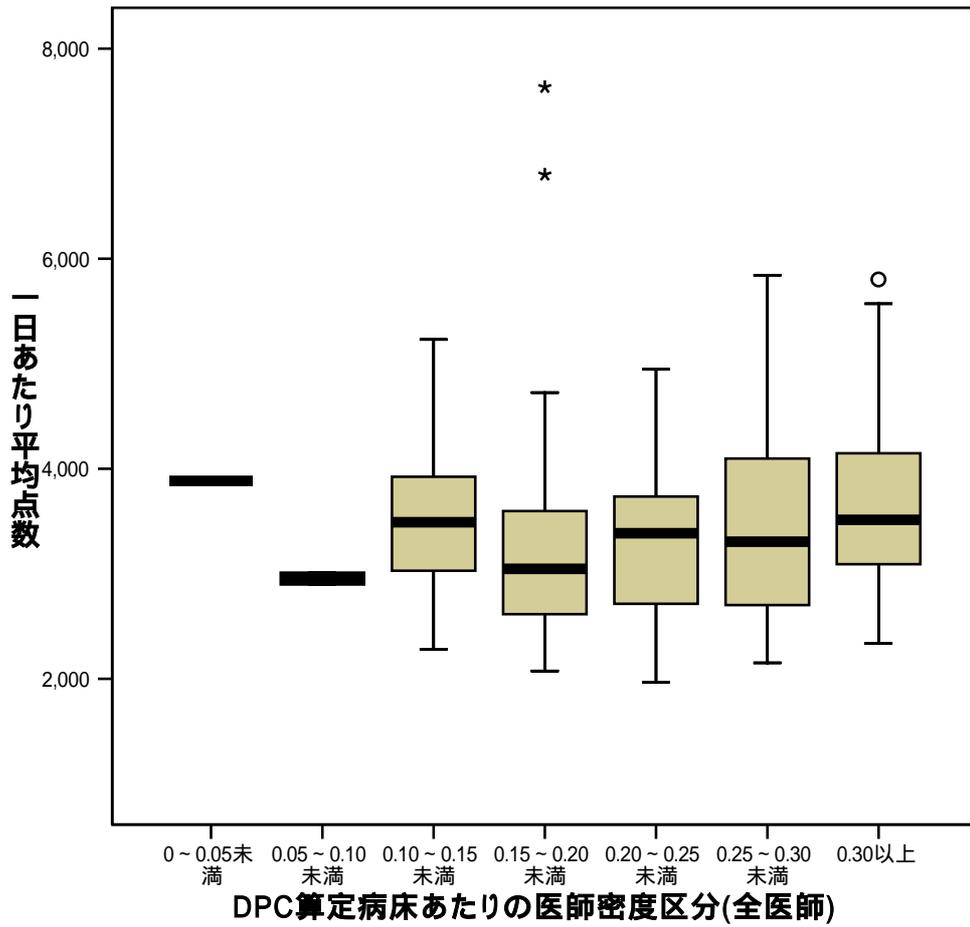
) 010020x003x1xx

〈も膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満) 脳血管内手術 手術・処置等2 あり



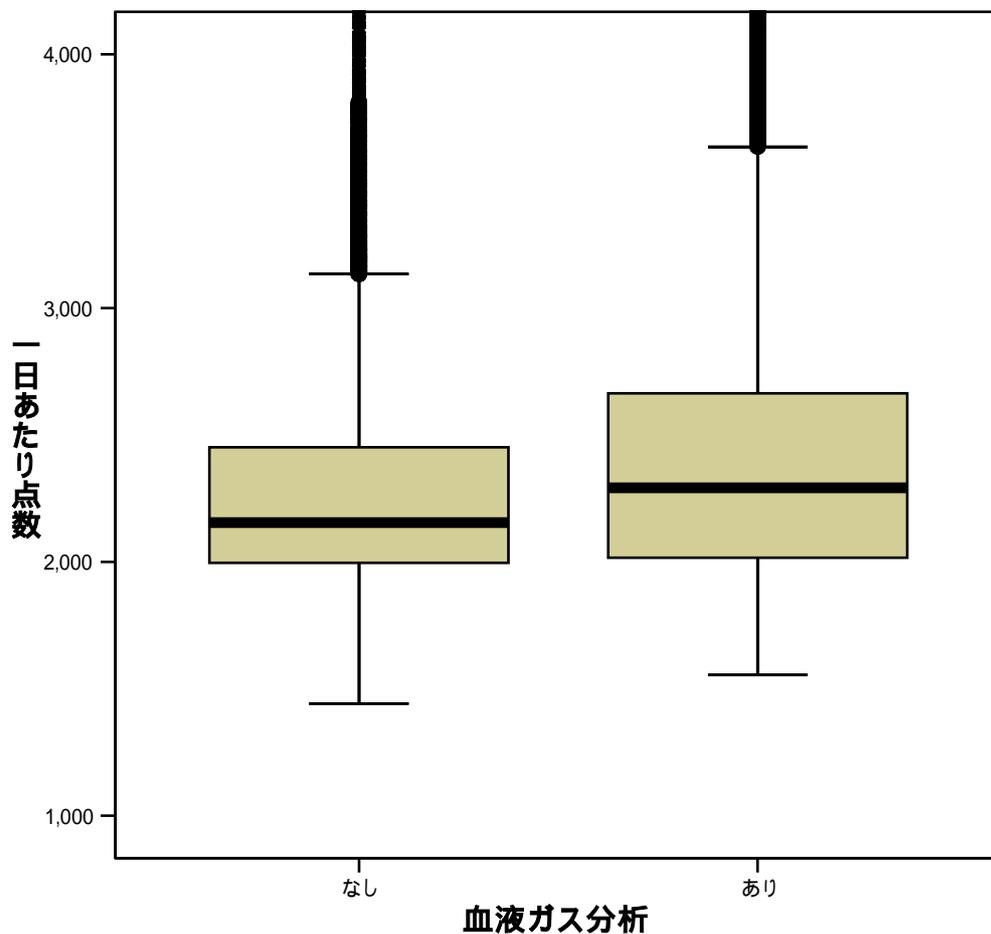
	中心静脈	人工呼吸	人工呼吸・中心静脈	計
症例数	34	97	49	180
比率	18.9%	53.9%	27.2%	100%



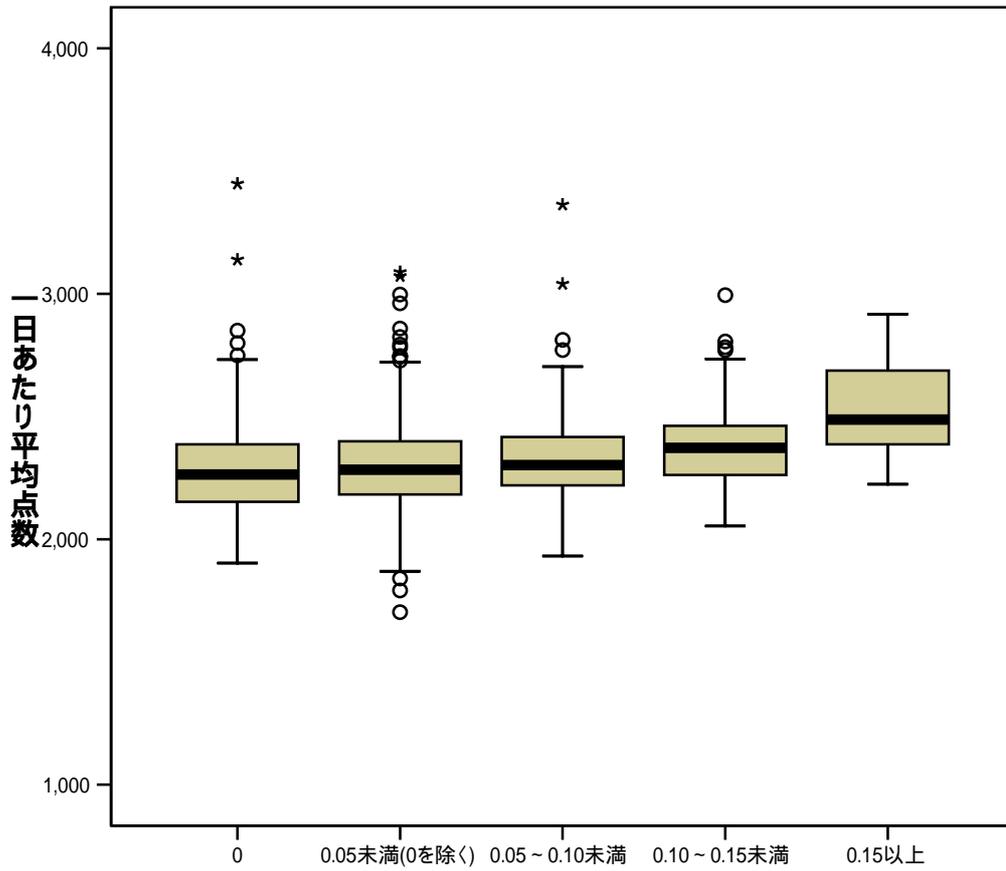


) 040080xx99x00x

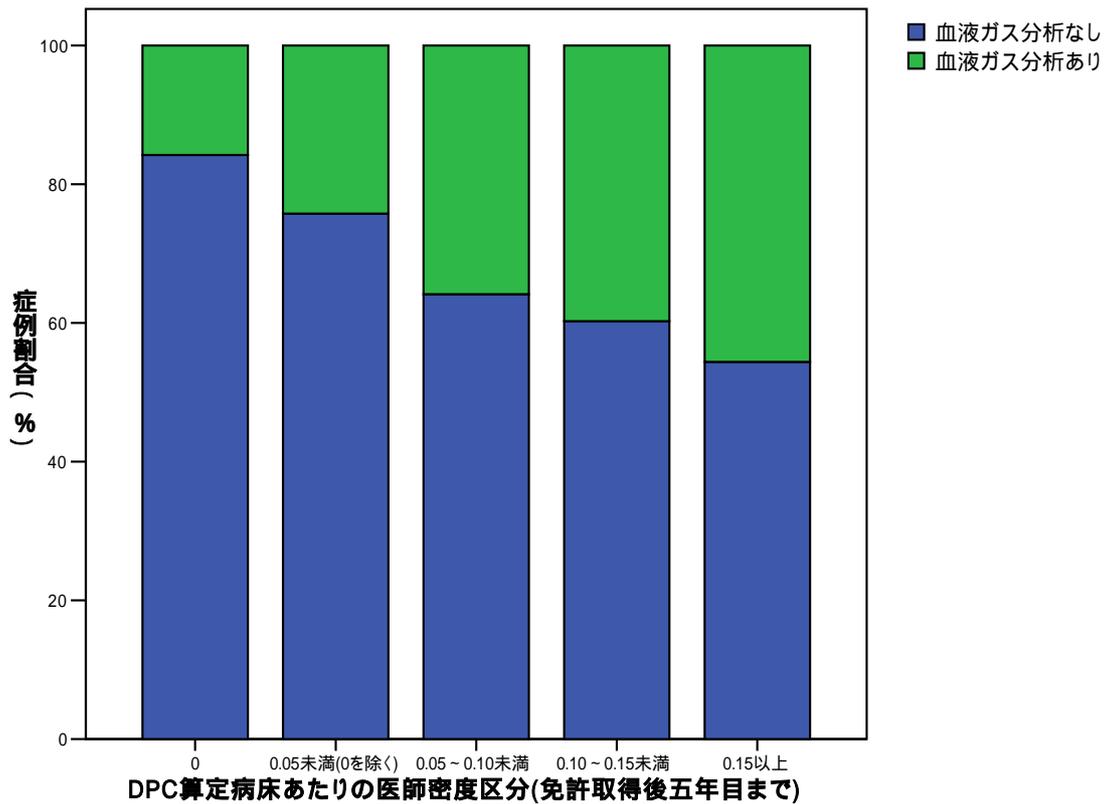
肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 手術なし 手術・処置等2 なし 副傷病なし



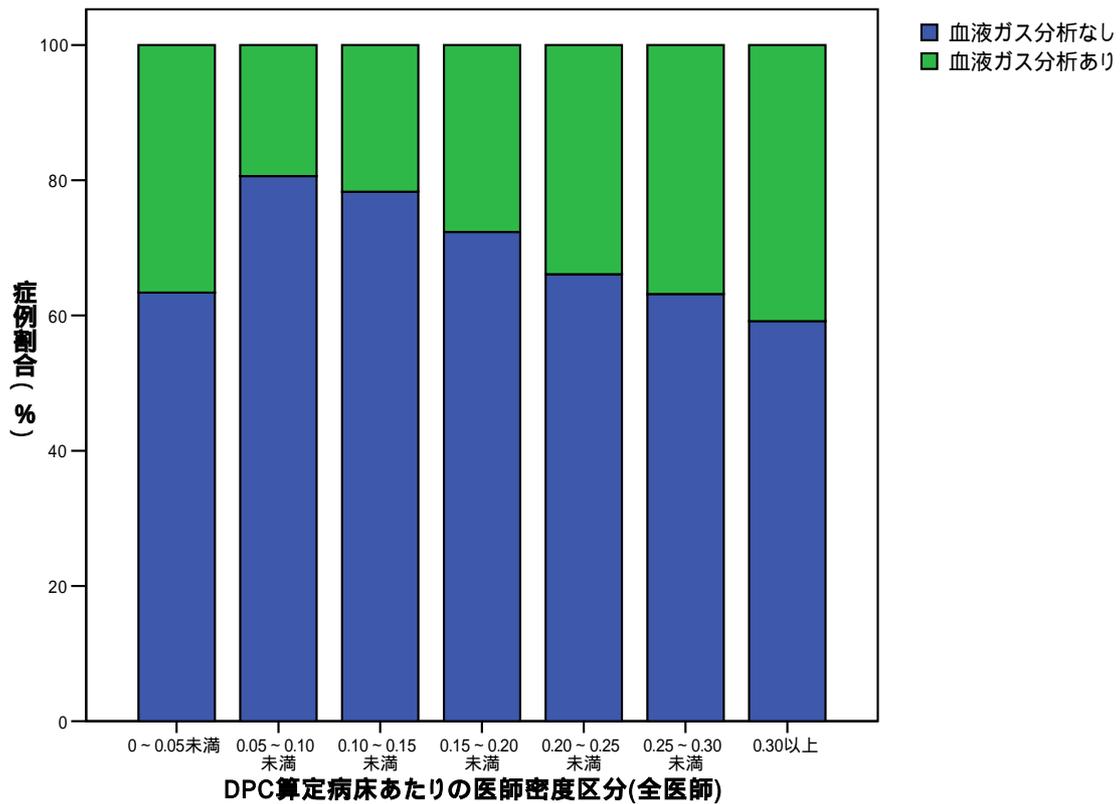
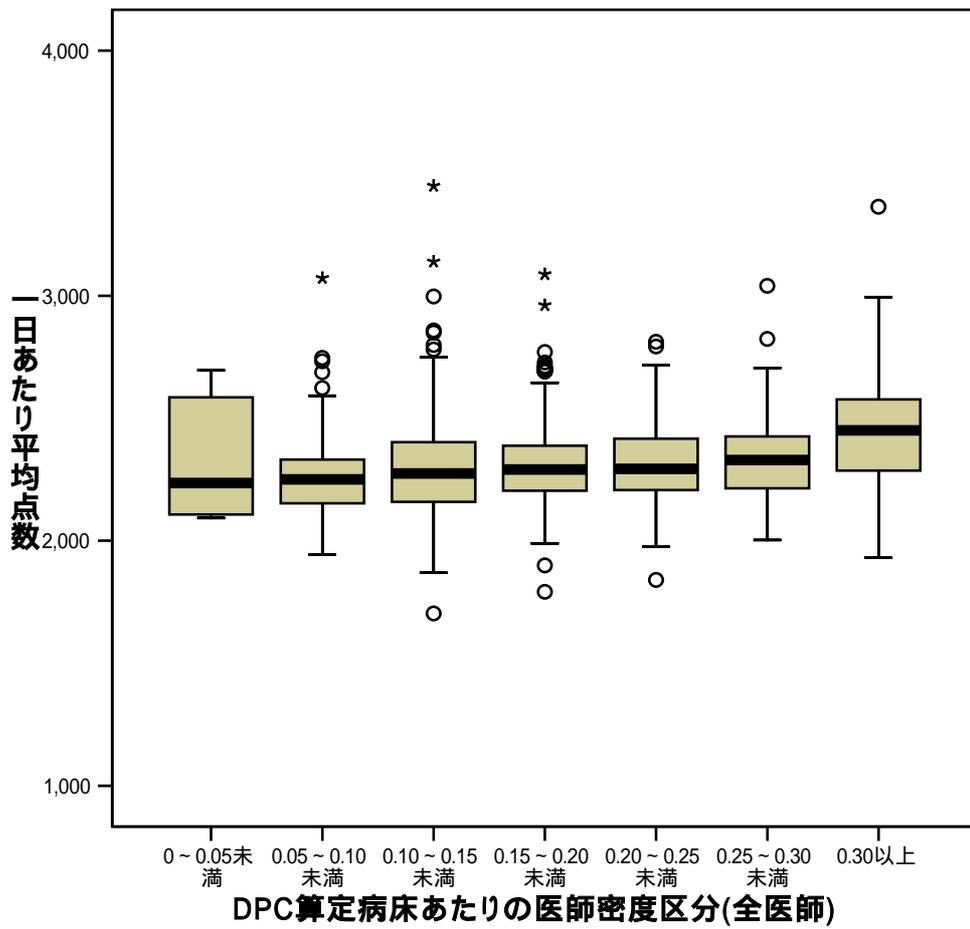
	血液ガス分析なし	血液ガス分析あり	計
症例数	53,911	23,088	76,999
比率	70.0%	30.0%	100%



DPC算定病床あたりの医師密度区分(免許取得後五年目まで)



DPC算定病床あたりの医師密度区分(免許取得後五年目まで)



医療機関群の設定について（4）

亜急性期病床・療養病棟との連携機能の追加集計結果

平成 22 年改定に使用したデータに基づき、以下の集計を行った（大学病院本院以外で集計）。

< 亜急性期病床との連携について >

1. 亜急性期病床を併設している医療機関で、入院後何日目に亜急性期病床に転床したかについて、症例数上位 5 つの DPC について集計した。
2. 一方、同じ 5 つの DPC の症例について、次の 3 群に分けて、入院後の経過日数別に集計した診療密度（1 日当たり包括範囲出来高点数）を分析した。

亜急性期病床を併設している医療機関の症例	亜急性期病床を利用した症例	…A 群
	亜急性期病床を利用しなかった症例	…B 群
亜急性期病床を併設していない医療機関の症例		…C 群

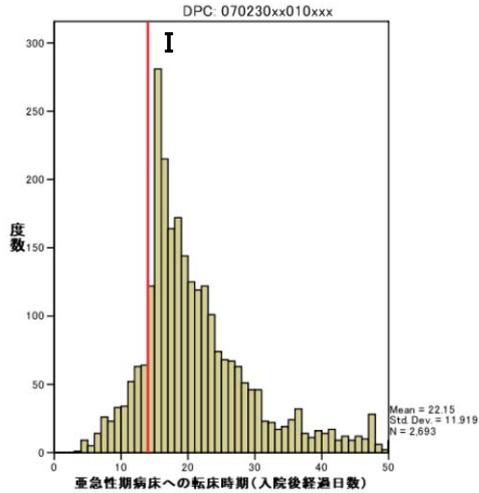
< 療養病棟との連携について >

3. 療養病棟を併設する医療機関について、上記①と同様な分析を行った。

1.亜急性期病床への転床時期について（症例数上位5つのDPC）

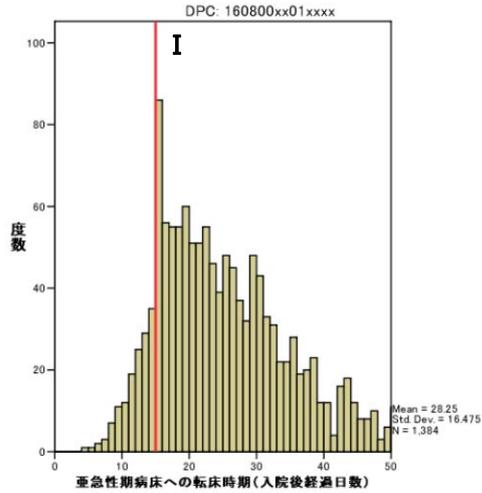
(1) 070230xx010xxx

膝関節症(変形性を含む。)人工関節再置換術等 手術・処置等1なし
 入院期間Ⅰ:14日 入院期間Ⅱ:27日 入院期間Ⅲ:45日
 点数Ⅰ:2236点 点数Ⅱ:1630点 点数Ⅲ:1386点



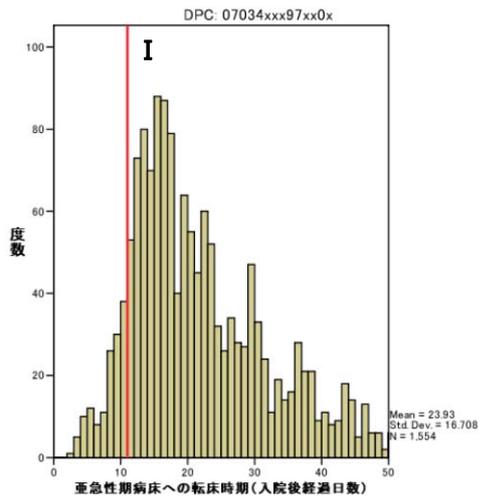
(4) 160800xx01xxxx

股関節大腿近位骨折 人工骨頭挿入術 肩、股
 入院期間Ⅰ:15日 入院期間Ⅱ:29日 入院期間Ⅲ:52日
 点数Ⅰ:2338点 点数Ⅱ:1706点 点数Ⅲ:1450点



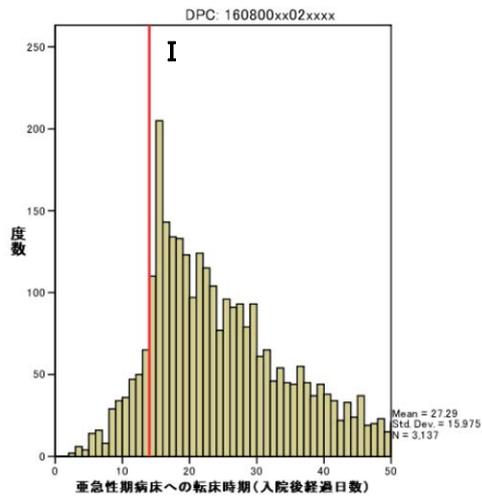
(2) 07034xxx97xx0x

脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)その他の手術あり 副傷病なし
 入院期間Ⅰ:11日 入院期間Ⅱ:21日 入院期間Ⅲ:37日
 点数Ⅰ:2361点 点数Ⅱ:1715点 点数Ⅲ:1458点



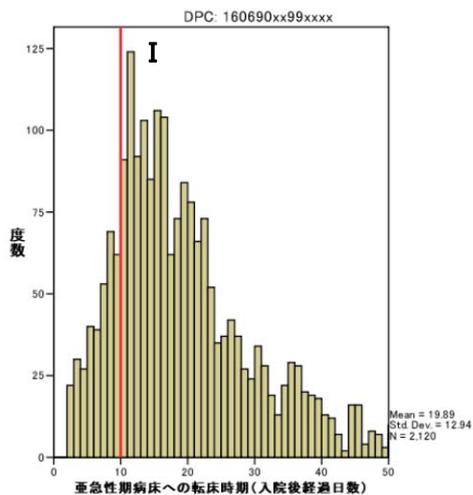
(5) 160800xx02xxxx

股関節大腿近位骨折 関節脱臼親血的整復術 肩、股、膝等
 入院期間Ⅰ:14日 入院期間Ⅱ:27日 入院期間Ⅲ:50日
 点数Ⅰ:2354点 点数Ⅱ:1716点 点数Ⅲ:1459点



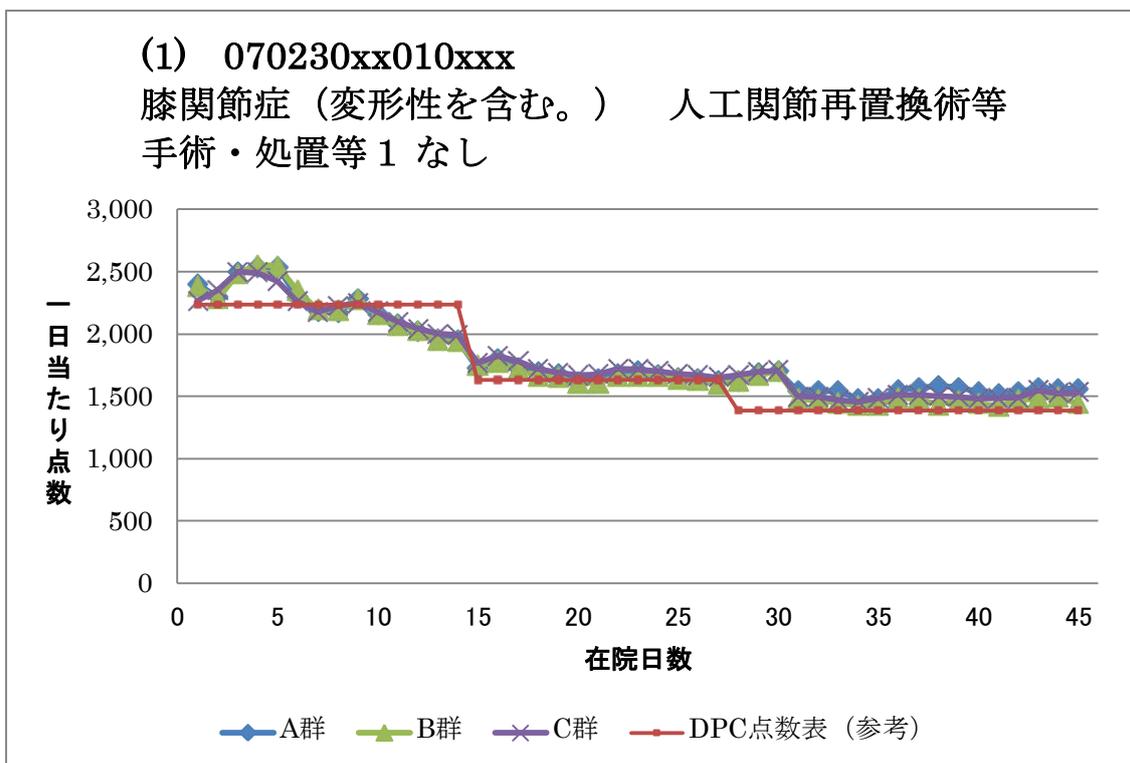
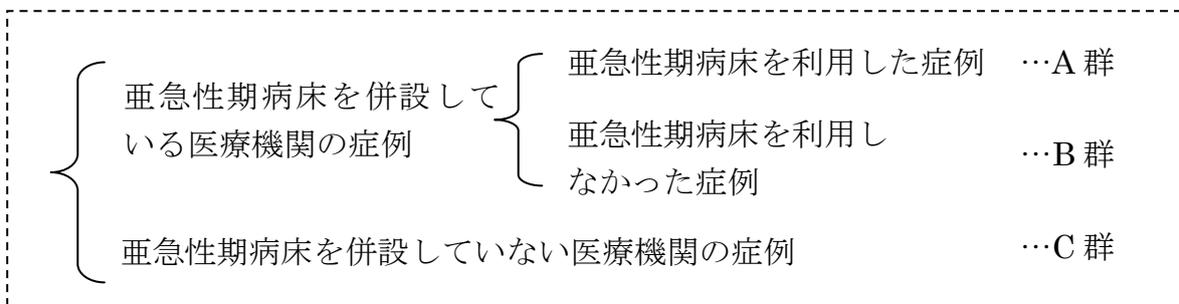
(3) 160690xx99xxxx

胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)手術なし
 入院期間Ⅰ:10日 入院期間Ⅱ:19日 入院期間Ⅲ:42日
 点数Ⅰ:2365点 点数Ⅱ:1713点 点数Ⅲ:1456点



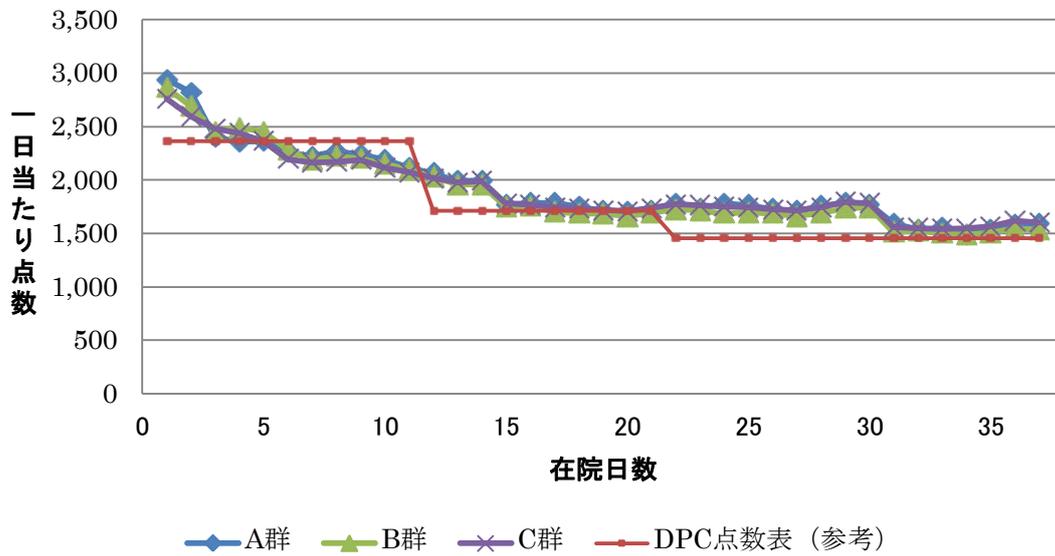
2. 入院後経過日数別診療密度

1.と同じ5つのDPCの症例について、次の3群に分けて、入院後の経過日数別に集計した診療密度（1日当たり包括範囲出来高点数）を分析。



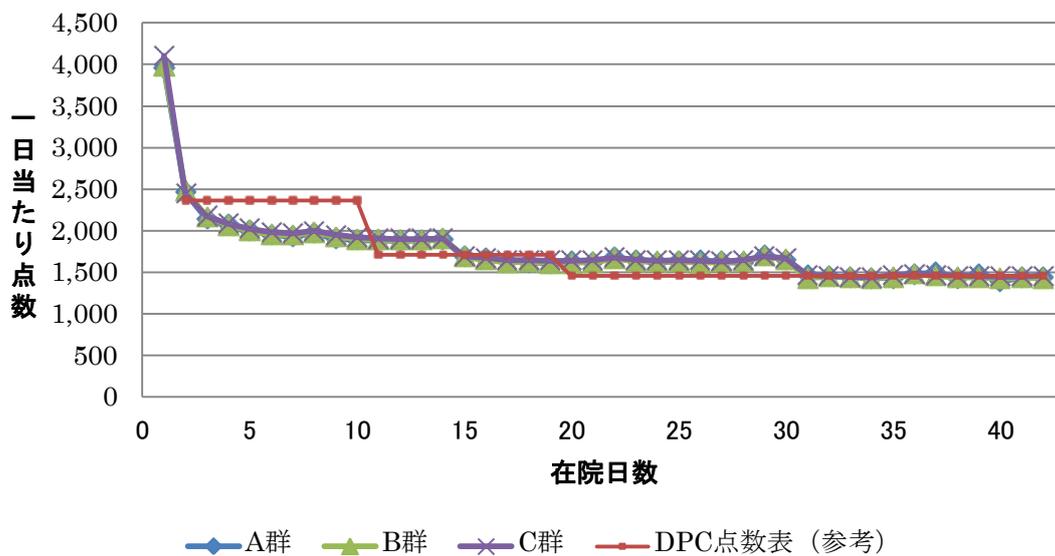
(2) 07034xxx97xx0x

脊柱管狭窄（脊椎症を含む。） その他の手術あり
副傷病なし



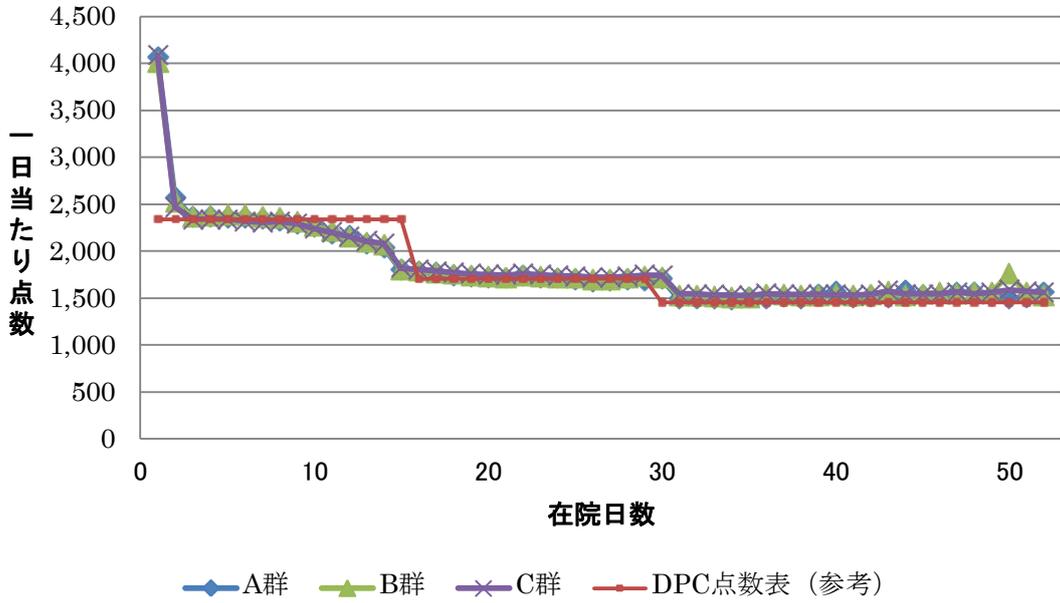
(3) 160690xx99xxxx

胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。）
手術なし



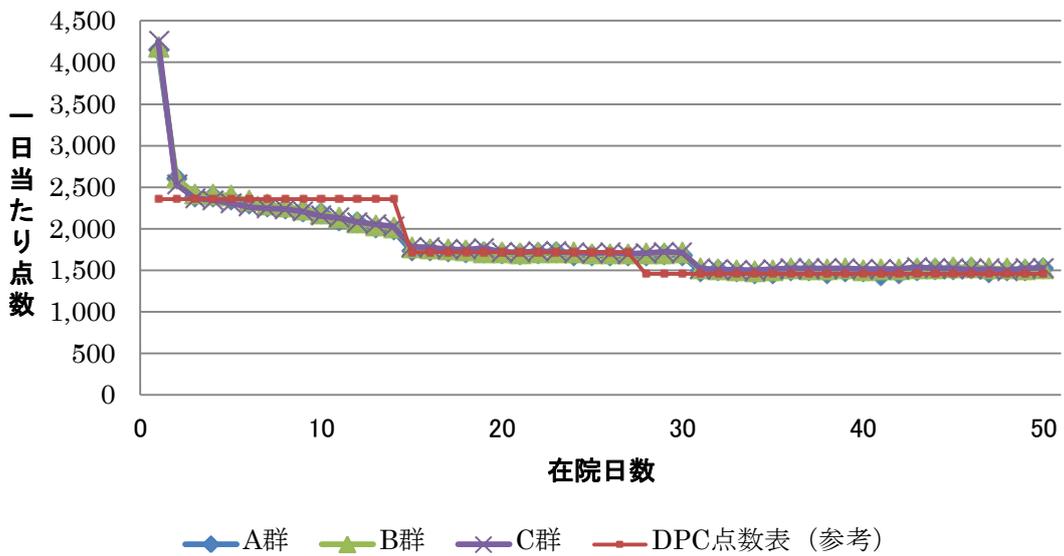
(4) 160800xx01xxxx

股關節大腿近位骨折 人工骨頭插入術 肩、股



(5) 160800xx02xxxx

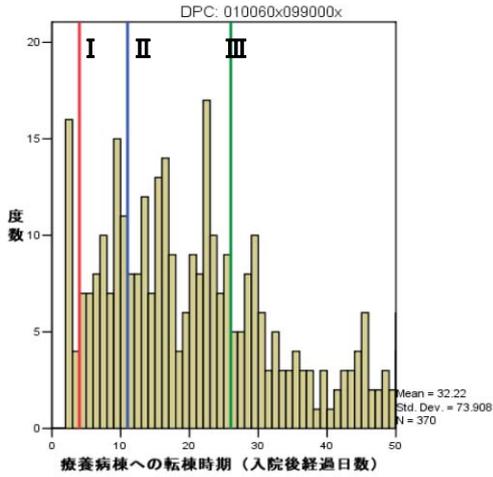
股關節大腿近位骨折 關節脫臼觀血的整復術 肩、股、膝等



3. 療養病棟への転棟時期について（症例数上位5つのDPC）

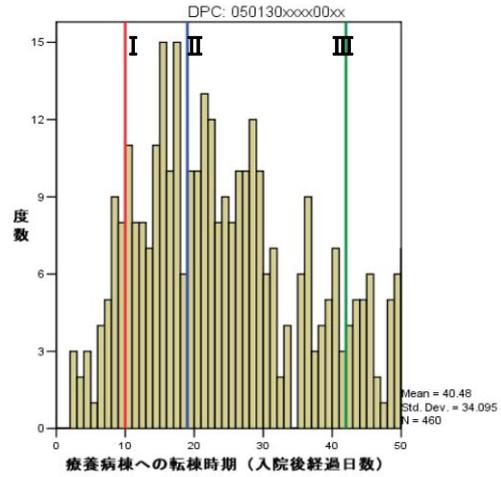
(1) 010060x099000x

脳梗塞（JCS30未満） 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 副傷病なし
 入院期間Ⅰ：4日 入院期間Ⅱ：11日 入院期間Ⅲ：26日
 点数Ⅰ：3261点 点数Ⅱ：2391点 点数Ⅲ：2032点



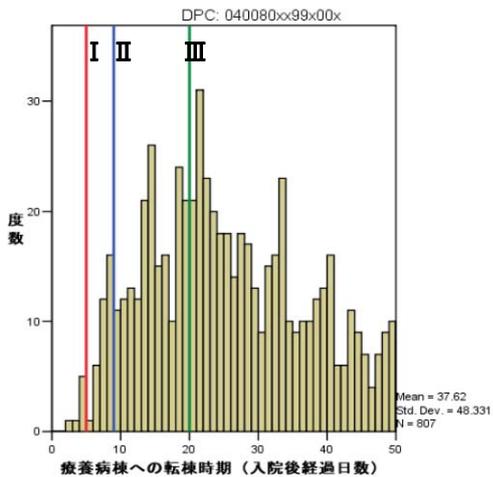
(4) 050130xxxx00xx

心不全 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし
 入院期間Ⅰ：10日 入院期間Ⅱ：19日 入院期間Ⅲ：42日
 点数Ⅰ：2854点 点数Ⅱ：2068点 点数Ⅲ：1758点



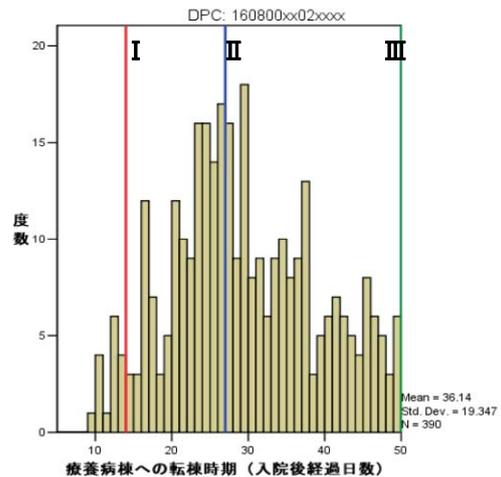
(2) 040080xx99x00x

肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 手術なし 手術・処置等2 なし 副傷病なし
 入院期間Ⅰ：5日 入院期間Ⅱ：9日 入院期間Ⅲ：20日
 点数Ⅰ：2652点 点数Ⅱ：1873点 点数Ⅲ：1592点



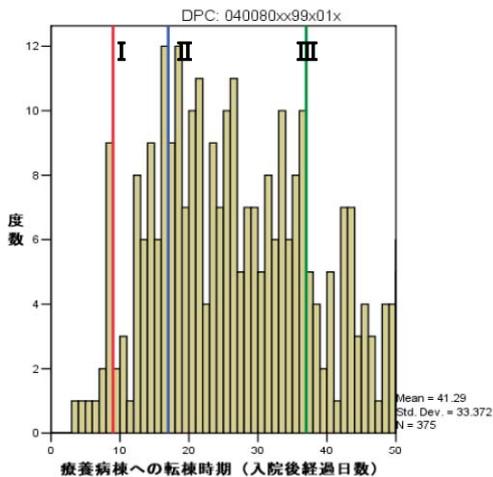
(5) 160800xx02xxxx

股関節大腿近位骨折 関節脱臼観血的整復術 肩、股、膝等
 入院期間Ⅰ：14日 入院期間Ⅱ：27日 入院期間Ⅲ：50日
 点数Ⅰ：2354点 点数Ⅱ：1716点 点数Ⅲ：1459点



(3) 040080xx99x01x

肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 手術なし 手術・処置等2 なし 副傷病あり
 入院期間Ⅰ：9日 入院期間Ⅱ：17日 入院期間Ⅲ：37日
 点数Ⅰ：2933点 点数Ⅱ：2120点 点数Ⅲ：1802点



【参考】 包括評価の範囲の相違について

項 目		DPC/PDPS 現在	亜急性期入院医療 管理料	療養病棟 入院基本料
入院料 等	入院基本料	◎	◎	◎ (そのもの)
	入院基本料等加算	▲ (係数評価)	○	
	特定入院料	○ (加算評価)		
医学管理等		▲		
在宅医療				
検査		○	◎	◎
画像診断		○	◎	○
投薬 ※		◎	◎	◎
注射 ※		○	◎	◎
リハビリテーション・ 精神科専門療法				
	薬剤料	◎		
処置		○ (1000点未満)	○ (1000点未満)	○
手術・麻酔				
	薬剤料・特定保険医 療材料料			
放射線治療				
病理診断		○	◎	◎
(備考) ※ 包括から除外され る薬剤		抗ウイルス薬 (HIV 感染症) 血液凝固因子製剤 (血友病等) 等	インターフェロン製剤 (B 型肝炎、C 型 肝炎) 抗ウイルス薬 (B 型肝炎、C 型肝炎、 HIV/AIDS) 血液凝固因子製剤 (血友病)	抗悪性腫瘍剤 医療用麻薬 エリスロポエチン ダルベポエチン

- 凡例： ◎ 例外なく全て包括
 ○ 一部の例外を除き包括
 ▲ ごく特定の点数のみ包括