

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
池田 俊也	国際医療福祉大学薬学部薬学科教授
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
井原 裕宣	社会保険診療報酬支払基金 医科専門役
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
檜村 暢一	医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院副院長
香月 進	福岡県保健医療介護部医監
金田 道弘	社会医療法人緑社会理事長兼金田病院長
工藤 翔二	公益財団法人結核予防会 複十字病院長
河野 陽一	千葉大学大学院医学研究院 小児病態学教授
◎ 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
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
竹井 和浩	保健医療福祉情報システム工業会 医事コンピュータ部会DPC委員長
藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援センター長
○ 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
渡辺 明良	財団法人聖路加国際病院事業管理部財務経理課マネージャー

◎ 分科会長

○ 分科会長代理

平成 23 年 10 月 14 日 DPC 評価分科会 検討概要（検討事項と主な意見等）

I 機能評価係数Ⅱの具体的項目について（2）（D-2）

1. 現行の6項目について

(1) 地域医療指数

① 定量的評価の導入

i) 指標について

- 単科病院・専門病院は特定の疾患しか診療しないことから、全患者のシェアで考えると貢献度が低く見なされてしまい、大病院・総合病院が有利な指標ではないかとの指摘がなされた。

これについて、地域医療指数は中山間地域や僻地など、他に医療機関が無く救急車を断れなければ専門特化もできないような環境で、地域に貢献している施設についてシェアで評価しよう、という概念から生じたのであって、評価の視点が異なると考えるべきではないか、シェアで評価することにより医療圏内の中小病院が連携・統合を目指していくという方向性が出てきており、それに対するインセンティブにもなるのではないか、といった見解が示された。

ii) 地域の区割りについて

- 2次医療圏は千差万別であり、人口密度や医療資源の分布等を考慮して、類型化した上で議論をする必要があるのではないかとの指摘がなされたが、これについて、2次医療圏は患者の受療動向を踏まえて設定され、必要に応じて修正されるべきものであり、このこと自体は別の場で議論の上、適正な方向に見直されていけば、ある程度回避されるのではないか、との見解が示された。

- 過疎地域においては、逆に2次医療圏外からの患者が多いのではないか（かえって不利な評価になるのではないか）との懸念も示されたが、これに対して、救急搬送を要する疾患では少し様相が異なるものの、日常的な疾患は2次医療圏内からの受診が大半であるとの見解が示された。

- また、2次医療圏の境界領域にある医療機関にとって、不利な指標になるのではないか、隣の2次医療圏からの患者を忌避するような事態が起きないか、といった懸念が示されたが、これについて、まず、他の医療圏からの患者が理由で、自分の医療圏の患者が診療できないという状況が考えにくく、また、広い圏域から患者を受入れている医療機関では、当該地域の受入れも比例して多いと考えられること、更に研究班のデータから、2次医療圏の境界領域にある医療機関であっても、2次医療圏の患者シェアの高い医療機関もあればそうでない医療機関もあること、などから余り大きな影響ではないのではないか、また、2次医療圏を越えて長距離移動する患者は、ある程度重症な患者（複雑性の高い患者）が移動していると考えられ、個々の係数の損得だけでなく、このような複雑性指数の評価も含めた、機能評価係数Ⅱ全体として考える必要もある、との見解が示された。

これらの見解を踏まえて、今回の指標が、境界領域にある医療機関にとって相対的に不利になる可能性があるということを認識しつつも、そのような医療

機関は主として都会型であり、地域医療指数の評価の趣旨を考えれば、指標の方向性は妥当ではないかとの見解が示された。

iii) 小児医療提供体制を別途評価することについて

- 小児医療提供体制について、全患者と分けた設定とすることです承された。

② 現行の7項目の見直し

i) 評価手法について

- 現行の評価体系では、7項目全てを満たす方向にインセンティブが働いているが、それぞれ特性の異なる医療機関が全ての評価項目を満たすことを目標とすべきではないことから、評価に上限を設けてはどうか（例えば、7項目のうち4項目以上を満たせば満点）という指摘がなされた。

ii) 個々の評価項目について

- 最終的に、以下の項目ごとの検討や24時間t-PA体制への評価の組込みを含め、事務局が本日の議論を踏まえて体制評価項目全体を整理し、次回以降に整理案を提示することとされた。

- 「地域がん登録」

- ・ 地域がん登録によって得られたデータに基づいてがん医療体制に係る検討や住民への説明が可能となり、実施するインセンティブ重要ではないか、また、中小病院にとって地域がん登録は負担ではあるが、政策上の位置づけを考えても重要であり、評価項目として維持すべきで、むしろ重点的な評価を期待したいとの意見が示された。

- 「救急医療」

- ・ 救急医療については、体制を地域医療指数で評価し、実績を救急医療指数で評価する形で整理するのであれば、体制の評価は他の項目より重視されてもいいのではないかと意見が示された。

- 「災害時における医療」

- ・ 東日本大震災では、多くの医療機関からDMATに限らず出動しており、DMAT以外の災害医療チーム（日本医師会のJMAT等）も評価すべきではないか、DMATの指定は高機能な病院・大病院でないと受けることが難しく、中小民間病院も災害医療への協力を行っており、同様に評価すべきではないかという意見が示される一方で、全ての医療機関がこのような努力をしていることは理解しつつも、評価項目とするためには、常時対応できる体制がとられているといった組織的な対応が認められている場合について評価することが適切ではないかとの見解も示された。
- ・ 災害拠点病院に指定されるためには、災害訓練の実施や物資の備蓄等、体制整備に一定程度の投資をしており、災害拠点病院に指定されていることを評価してもよいのではないかと意見が示される一方で、DMATや災害拠点病院の指定といった要件は、大病院に有利な評価になるのではないかと懸念も示された。

- ・ これについて近年では、大病院だけでなく中小病院であっても、地域にとって必要な義務を果たす医療機関を育てていくという考え方も芽生えていることが紹介された。

(2) 救急医療指数

- 機能評価係数Ⅰ設定にかかる救急患者受け入れ実績の取扱いや、薬物中毒救急患者に対する診療に係る診療報酬上の評価についての確認がなされた後、これまでの議論を踏まえ、具体的な対応案の方向での見直しについて了承された。

(3) データ提出指数

- 具体的な対応案の方向での見直しについて了承された。

2. 追加導入を検討すべき項目について

(1) 診療情報の提供や活用等、診療の透明化や改善の努力の評価

- 公開にあたっては必須とする項目と対応事項、努力目標とする項目と対応事項を明確に区別し、客観的かつ公平な判断ができるものを用意するのであれば、わかりやすい情報提供・情報公開には賛成との意見が示された。
また、データの公開だけではなく、改善への取り組み体制の確保が重要であり、将来的にはそれらの要件も加味する必要があるのではないかと、あるいはそれらの信ぴょう性について第三者の検証が必要ではないかとの見解が示された。
- 一方で、情報公開や質に対する評価はあるべきと考えられるが、それらは医療機関自身がマネジメントとして当然取り組むべきであって、診療報酬で評価すべきものなのか整理する必要があるとの指摘もなされた。
- また、具体的な対応案で例示されている「厚労省のホームページにおいて公表」については、情報の中身について検証が必要であるとの指摘があり、厚生労働省のホームページに載せるという意味合いも含めて、今後、更に検討することとされた。
- 次回以降、藤森委員から、病院の視点での市民向けのデータ公開という視点で整理した具体案の提出を得て、更に検討を進めることとされた。

(2) 専門病院の評価

- 専門的診療に配慮したカバー率評価基準の再検討案について、機能評価係数Ⅱ全体として総合病院が高く評価され専門病院が必ずしもそうならない懸念が改めて示されたものの、最終的には、この再検討案での見直しについて了承された。

(3) 医療機関群設定との関係について

- 提示された方向で検討することが確認された。

Ⅱ 医療機関群の具体的設定について (1) (D-3)

<医療機関群の設定のあり方、医師密度要件の取扱い>

- 大学病院は機能的に明らかに別だが、それ以外の病院について医師密度で群を設定すると、その境界で医師がかなり移動するなどの問題が生じる可能性を考慮すべ

きであり、看護基準7対1導入時の混乱も踏まえれば、大学病院群の設置だけにとどめるべき、との見解が改めて示された。

これに対して、実績要件も当然踏まえる前提で、現時点では医師密度が診療密度を数値化する上で最も客観性があり、診療密度だけでは客観的な評価は困難ではないか、看護必要度が高い患者を評価するのと同様に、医師密度単独ではなく高度な医療の実施などの視点を同時に評価することが重要なのではないかと、あるいは、今回の提案は単に医師数だけで評価するものではなく、必要性もなく診療密度が単に高いいわゆる「濃厚診療」と高度な医療に伴い診療密度が高くなることとは区別する必要がある、といった意見も示された。

<医師密度の代替要件、医師研修機能要件について>

- 医師獲得競争への懸念は理解できるが、全医師の医師密度を臨床研修医の医師密度で代替することは、本来の評価の趣旨や機能を見失う可能性があるとして、反対する意見が多数示された。

一方で、医師獲得競争への配慮も必要であり、研修医を獲得するためには一定以上の他の医師配置も必要なこと、一般論として指導医の多いところに研修医も集まる傾向があること、などから代替指標にも一理あり、実際のデータで指摘された懸念について検討してみることが必要なのではないかと、との指摘もなされた。

- また、大病院や基幹型の臨床研修指定病院に医師が集まっているが、そのような施設から地域への医師派遣が無くなったことが問題であって、派遣を評価するシステムとセットで考えるべきとの見解も改めて示された。

<高度な医療技術の実施要件について>

- 外保連手術指数を当面の指標とすることに異論は無いが、将来的には内科系技術（診療に高度な知識と専門性が求められるもの、例：劇症肝炎や甲状腺クリーゼ等）の評価も検討することの必要性を認識すべきとの指摘がなされた。

- 全患者に占める全身麻酔の患者比率を指標とすることは弊害が大きい（手術時麻酔方法として全身麻酔が選択されやすくなる可能性がある）との懸念が示された。

<実績要件のあり方について>

- 教育の重要性から、大学病院以外でも大学病院本院相当の医療機関を他の医療機関と区別して評価する、というのは理解できる。しかし、その場合の一定の機能や役割の要件（実績要件）については、医者不足の中で十分な教育ができない医療機関においても診療活動は行われていることを踏まえれば、厳格な条件を設定しなければ公平性が保てないのではないかと、従って、機能として大学病院本院に類似する医療機関ということならば、実績要件の3つは「いずれか満たす」ではなく「いずれも満たす」にすべきではないかと、との指摘がなされた。

<今後の検討について>

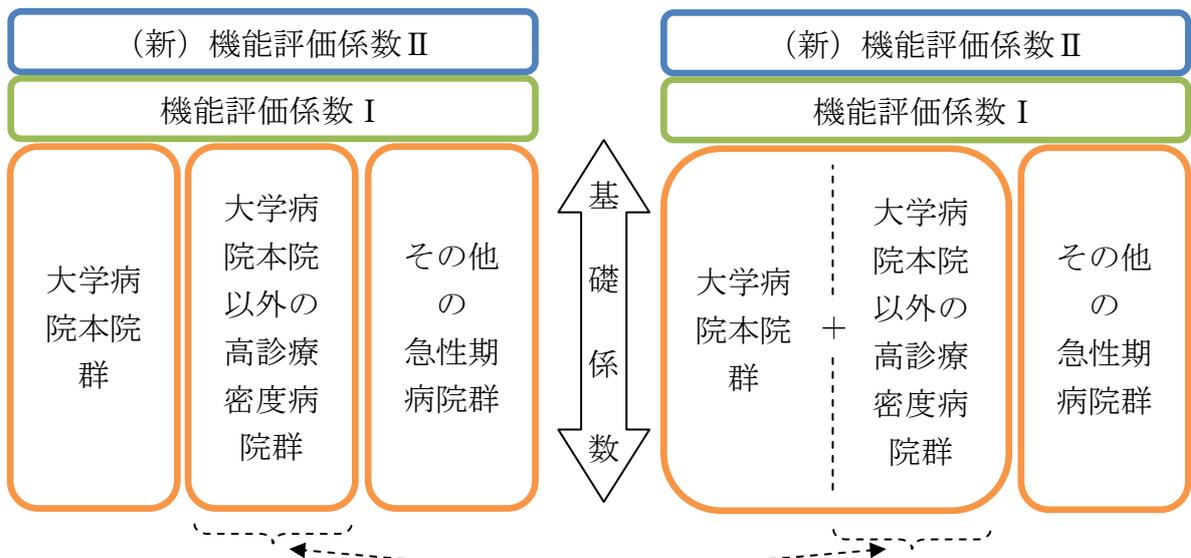
- 本日の整理を踏まえ、次回以降、各指標についての具体的な集計結果の提示を得て、具体的な医療機関群の要件設定について検討を続けることとなった。

(了)

医療機関群の具体的な要件について（2）

1. 医療機関群設定に係るこれまでの検討のまとめ

- 調整係数の見直しにより設定する基礎係数（包括範囲・平均出来高点数に相当）については、診療密度（一日当たり出来高平均点数）等の分析結果から、機能や役割に応じた医療機関群別に設定することが適切。
- 設定する医療機関群としては、「大学病院本院」及びそれ以外の病院について大学病院本院に相当するような一定以上の医師密度・診療密度を有する「(仮)高診療密度病院群」と「それ以外の病院」に分け、最終的に2群または3群とすることを検討。
- 「(仮)高診療密度病院群」の要件として、一定以上の医師密度・診療密度の前提となる機能や役割、すなわち「医師研修機能」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療」についても一定の実績要件を設定する方向で検討。



※ 高診療密度病院群（仮称）の要件（A及びBの両方を満たす病院）

A 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）

B 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）

- 最終的な医療機関群の要件設定において、特に、医師密度要件の設定に伴う医師獲得競争惹起の懸念に配慮し、その取扱いについて適切に対処できるような要件の具体化を検討。

2. 論点と対応の考え方

(1) 「医師密度」要件に関する適切な配慮

【これまでの指摘】

- ① 病床当たり医師配置（医師密度）を要件化することで、医師獲得競争が惹起されるとの指摘がある。
- ② 一方で、医師配置を前提としない診療密度（一日当たり包括範囲出来高点数）だけの要件では、単なる濃厚診療との区別が困難であり、一定の医師配置（医師密度）の裏付けは必要。



【対応の考え方】

- 他の要件で実質的に一定の医師配置（医師密度）を前提とできるのであれば、明示的な要件から除外することも考慮すべきではないか。
- 具体的には、実績3要件それぞれについて、以下のような修正を検討してはどうか。

「医師研修機能」：臨床研修制度（いわゆる初期臨床研修）に限定するとともに、研修施設の類型を加味（より詳細な評価）

「高度な医療技術の実施」：外保連手術指数について、医師配置を重点的に評価するよう補正

「重症患者に対する診療」：複雑性指数について、医師配置がより適切に反映されるように補正

(2) 実績3要件についての配慮

【これまでの指摘】

- ① 大学病院本院に相当する医療機関群の設定という趣旨から、求められる機能や役割については、大学病院との比較から相当程度、充実した水準とすべきではないか。



【対応の考え方】

- 実績3要件を必須化（「いずれか」ではなく「すべて満たす」）してはどうか。

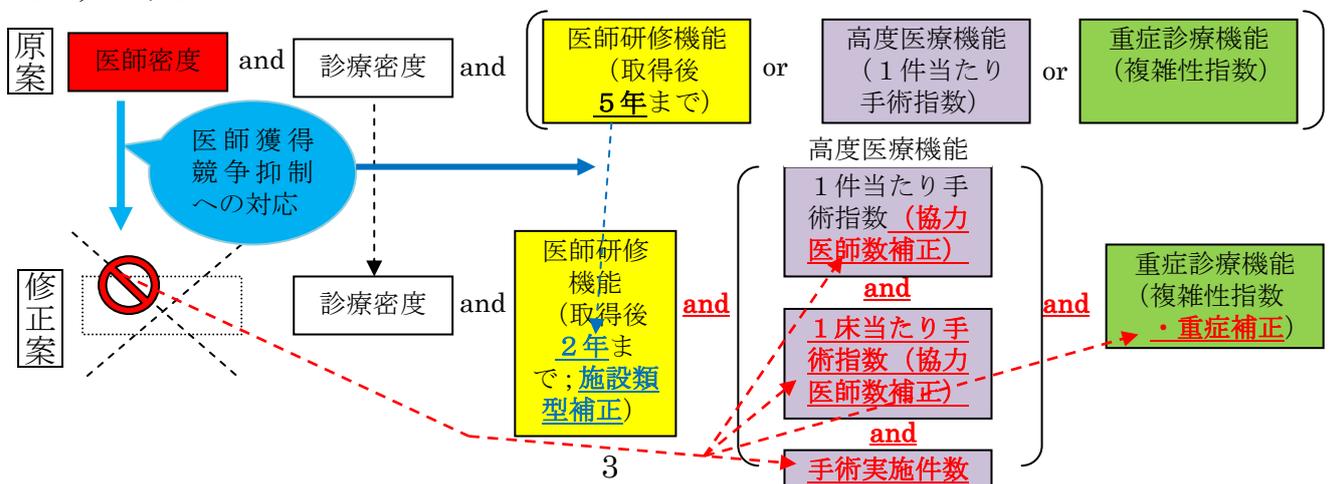
3. 具体的な要件案

(1) 概要

- 前述の整理に基づき、これまで検討した要件の考え方について修正あるいは明確化した具体的な要件案は以下の通り。
- なお、全ての要件について、その基準値（カットオフ値）は大学病院本院群の最低値や5%タイル値等により設定。（具体的な基準値は実際に使用するデータベースが確定した後の分析・検討により算出）。

	原案		修正案
診療密度・ 医師密度要件	以下の <u>全て</u> を満たす		以下の <u>全て</u> を満たす
医師密度	[A-1] <u>DPC 算定病床当 たりの医師数</u>	診療密度	[C-1] 1日当たり包括範 囲出来高平均点数(患者数 補正後)
診療密度	[A-2] 1日当たり包括 範囲出来高平均点数(患 者数補正後)		
実績要件	以下の <u>いずれか</u> を満たす	医師 研修機能	[C-2] <u>届出病床当たり</u> の 医師数(免許取得後 <u>2年目</u> まで)
医師研修機能	[B-1] <u>DPC 算定病床当 たりの医師数</u> (免許取得 後 <u>5年目</u> まで)	高度な 医療技術 の実施	[C-3a] 手術 1 件あたり の外保連手術指数 (<u>協力医 師数補正後</u>)
高度な医療 技術の実施	[B-2] 手術 1 件あたり の外保連手術指数		[C-3b] <u>DPC 算定病床当 たりの外保連手術指数</u> (<u>協 力医師数補正後</u>)
重症者 診療機能			[B-3] 複雑性指数
		重傷者 診療機能	[C-4] 複雑性指数 (<u>重症 DPC 補正後</u>)

<イメージ>



(2) 対応の考え方

② 医師研修機能

【原案】

一定以上の DPC 算定病床あたりの医師数（免許取得後 5 年目まで）

【修正案】

一定以上の 許可病床 1 床あたりの 臨床研修医師数（免許取得後 2 年目まで；基幹型施設と協力型施設の施設類型に応じて補正）

「免許取得後 5 年の医師」⇒「臨床研修医（免許取得後 2 年以内）」

- 過剰な医師獲得競争を抑制するため、施設単独の判断では採用できない臨床研修医に限定（マッチングシステムによる適正制御）。
- 免許取得後 5 年以内の医師密度と免許取得後 2 年以内の医師密度には高い相関あり。
- 免許取得後 2 年以内の医師を採用していない施設は、免許取得後 5 年以内の医師密度についても一定水準をクリアすることは困難。

「基幹型施設と協力型施設の施設類型に応じて補正」

- 医政局医事課が把握する実績値（基幹型臨床研修指定病院の「採用数」）だけでは協力型臨床研修指定病院での研修実績が評価されない。

「DPC 算定病床あたり」⇒「許可病床 1 床あたり」

- DPC 算定病床の入院診療だけに従事する医師の特定は困難。
※ なお、医師数は、入院医療に従事する医師について常勤換算で調査

③ 高度な医療技術の実施

【原案】

一定以上の 手術 1 件あたりの 外保連手術指数

【修正案】

一定以上の 手術 1 件あたりの 外保連手術指数（協力医師数補正後）
更に、一定以上の DPC 算定病床当たりの同指数（協力医師数補正後）、及び、一定以上の手術実施件数、を全て満たす

「外保連手術指数」⇒「外保連手術指数（協力医師数補正後）」

- 協力医師数を加味することで、より多くの医師配置が必要な手術を高く評価（実質的な医師配置の代替）。

「更に DPC 算定病床当たりの同指数（補正後）及び手術件数も満たす」

- 手術 1 件あたりの指数は当該施設の平均的な手術難易度が反映されるものの、当該施設における実施頻度の要素が反映できていない（少数の高難易度手術を実施すれば高い評価となる恐れ）。
医師配置（医師密度）の要素を補完するためにも、「病床当たり」の実施頻度を併せた要件が不可欠。（※手術内容のデータは DPC 算定病床に係るものしか把握できないため、DPC 算定病床当たりとする）
- 更に、これらの医師配置に係る代替補正の反映も含めた適切な手術難易度の評価には、一定数以上の手術件数の実施が前提となる（手術件数が少ないと、一部の極端な事例が過大に反映される恐れがある）。

「全身麻酔患者比率」⇒ ×

- 全患者に占める全身麻酔患者の比率は、麻酔の選択が誘導される可能性等についての懸念が指摘されている。

④ 重症者診療機能

【原案】

一定以上の複雑性指数

【修正案】

一定以上の複雑性指数 （重症 DPC 補正後）

「複雑性指数」⇒「複雑性指数（重症 DPC 補正後）」

- 複雑性指数は DPC 毎の 1 入院あたり包括範囲出来高平均点数の多寡を反映する指標であることから、医師配置を前提とするような重症患者を重点的に評価するため、検査や薬剤等の診療密度（1 日当たり出来高点数）がより高く、かつ、より長期に及ぶ加療（在院日数が長い）が必要な患者（DPC）を重点的に評価するような補正（※）を実施。
※ 具体的には、全 DPC データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つ DPC で、かつ、1 日あたり平均出来高点数が全 DPC データの平均値より高い DPC に限定して（それ以外の DPC は 0 で補正して）算出。

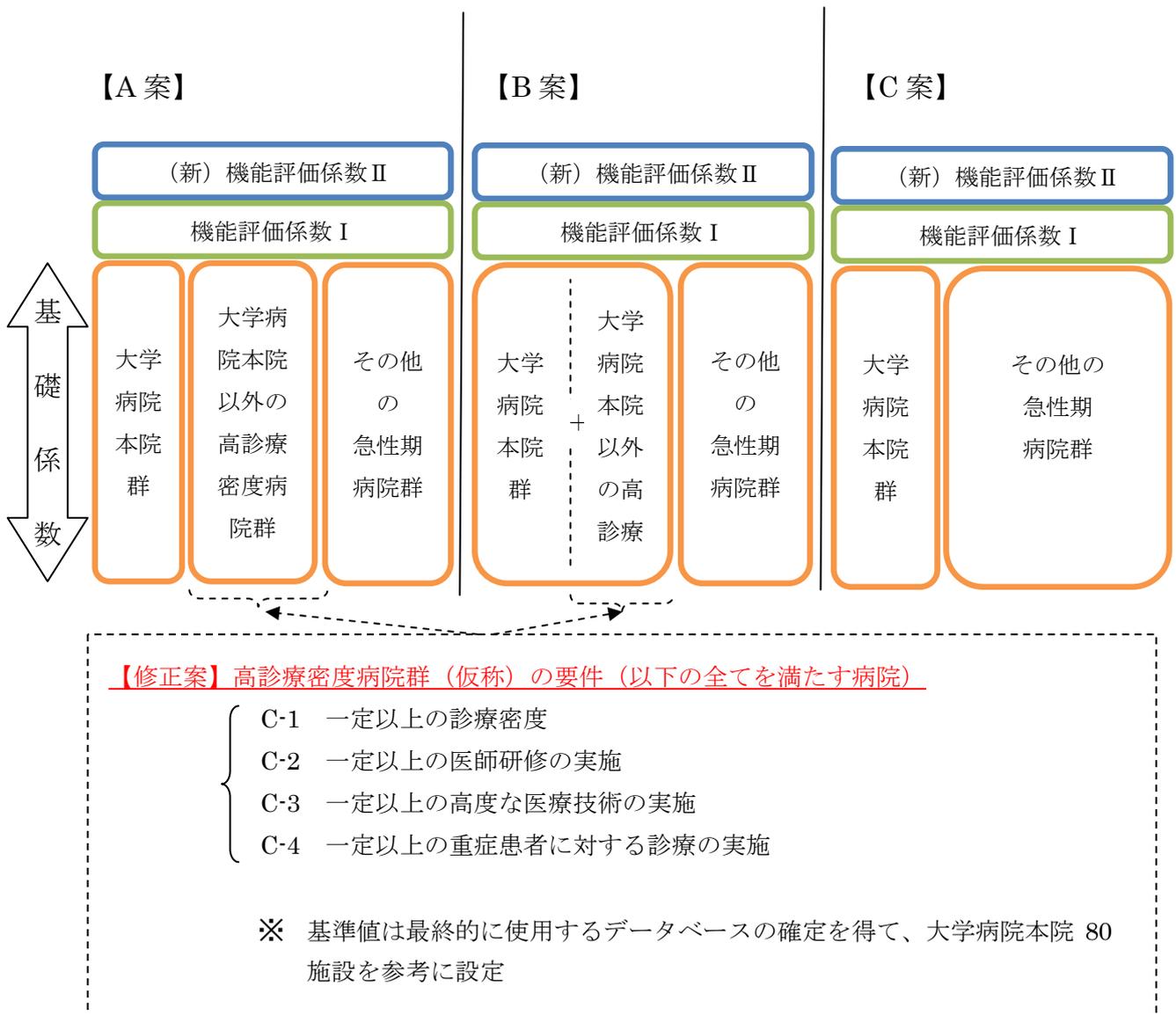
「全患者に占める、手術・処置等 1・2 の「あり」の患者比率」⇒×

- DPC コーディングに対する悪影響への懸念がある。

4. 最終的な医療機関群の設定に関する検討

- (1) これまでの検討を踏まえて3.で整理した、大学病院本院以外の（仮）高診療密度病院群の具体的要件（修正案）についてどう考えるか。
- (2) 上記(1)の具体的要件に関する検討も踏まえ、最終的な医療機関群の設定についてどう考えるか。

<これまでに提案・指摘された医療機関群の設定案>



医療機関群の具体的な要件について（2）

各種指標の集計結果

※ 本集計結果は医療機関群の検討の為に過去のデータ等を活用して集計したもので有り、平成 24 年改定に適用される最終確定値ではない（平成 24 年改定においては、最終的に中医協総会で合意を得た指標について、最新のデータで集計を実施。D-4 を参照）

今回の集計における集計条件等は以下の通り。

- 医師数（医師免許取得後経験年数別）
 - 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)。
 - 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。協力型臨床研修指定病院については上記調査の結果を使用。
- 外保連手術指数：外保連試案（第 8 版）暫定版に基づき、技術度指数（下記）を用いて各手術に重み付けを実施。

技術度区分	A	B	C	D	E
技術度指数	1.0	3.0	5.5	8.0	12.0

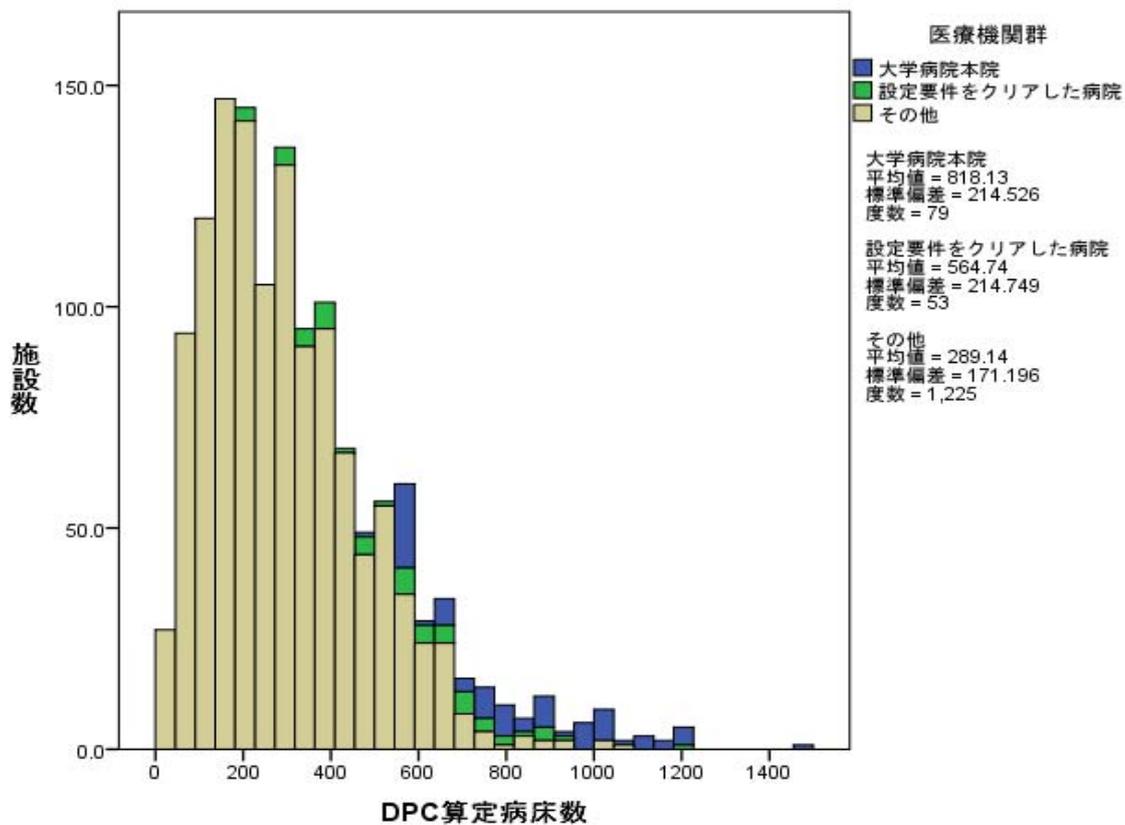
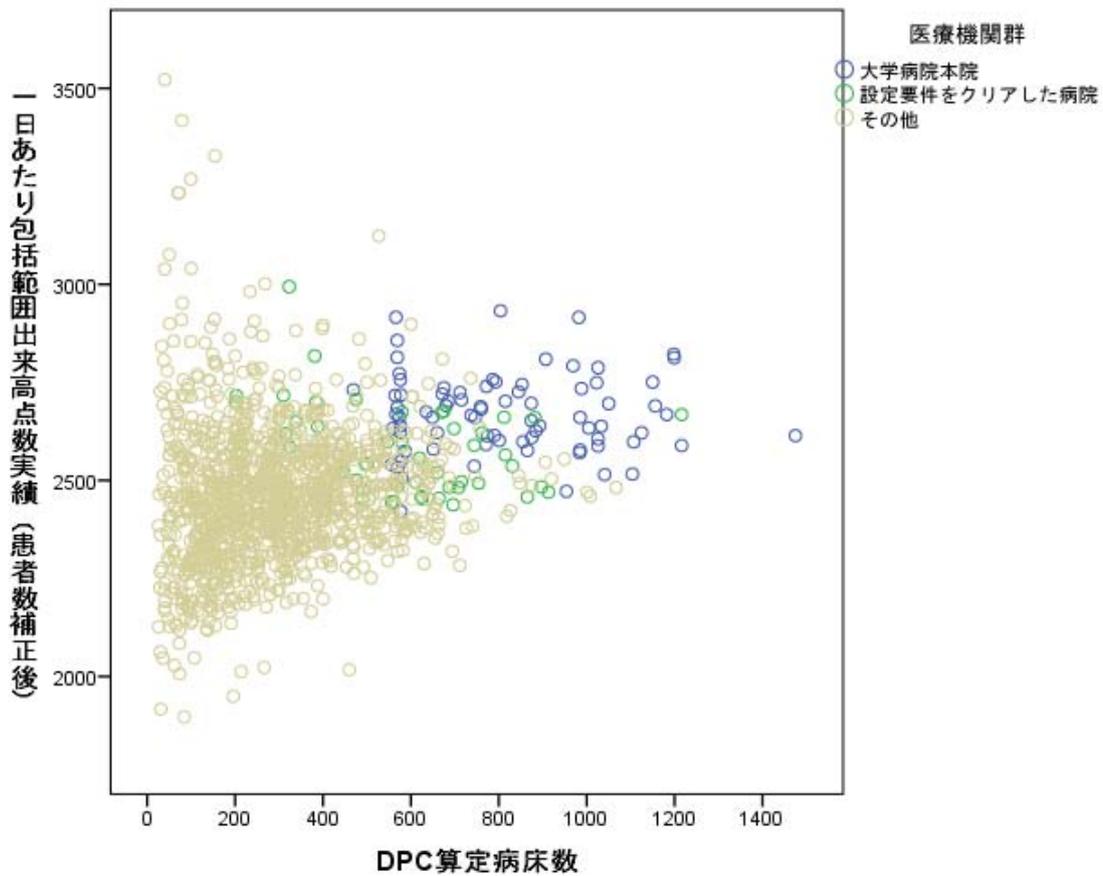
- 外保連手術指数（協力医師数加味）：外保連試案（第 8 版）暫定版に基づき、協力医師数を含めた時給の相対額（下記）を用いて各手術に重み付けを実施。

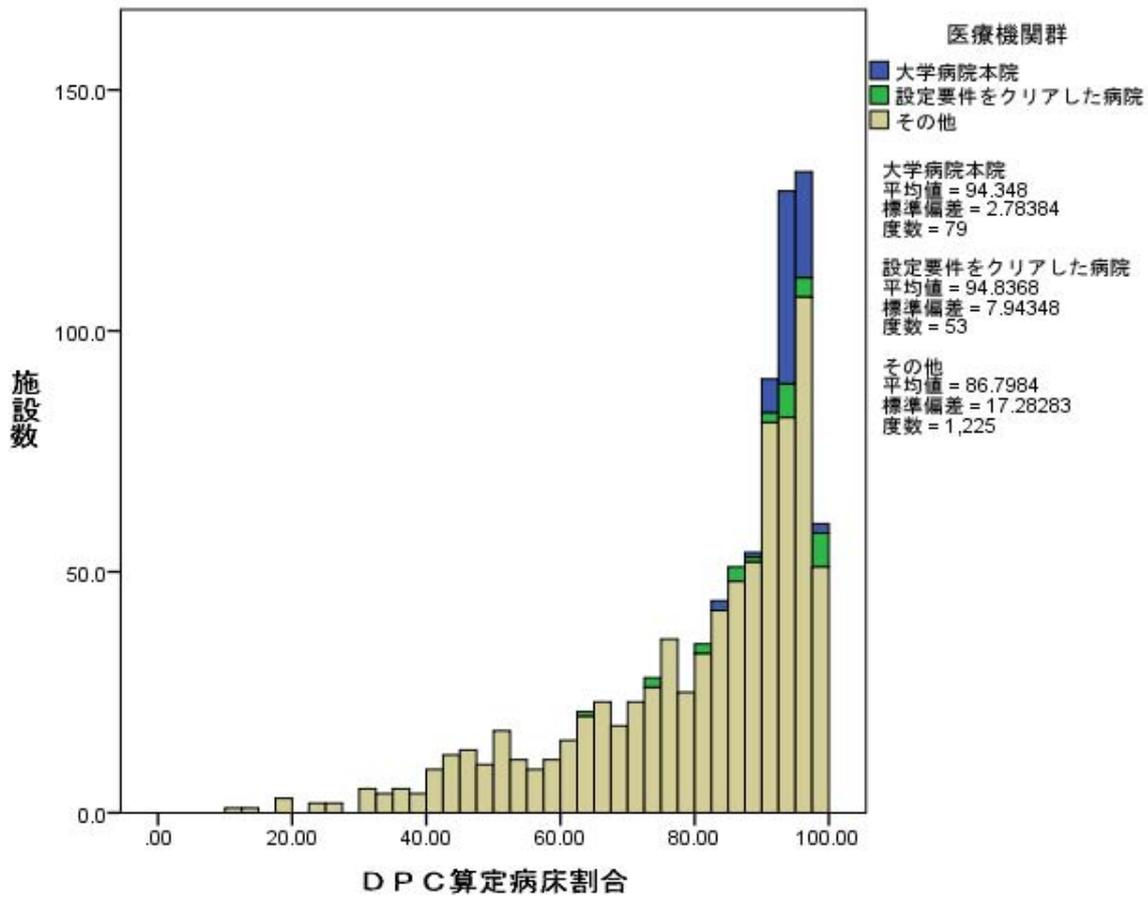
協力医師数	0	1	2	3	4	5	6
B	1.00	1.27	1.54	1.81			
C	2.36	3.36	3.63	3.90	4.17		
D	4.07	6.43	7.43	7.70	7.97	8.24	
E	6.11	10.18	12.54	13.54	13.81	14.08	14.35

1. 具体的要件案に係る集計について

(1) 【原案】のうち、「一定の機能や実績の要件」を全て満たした医療機関を別の群とする場合。

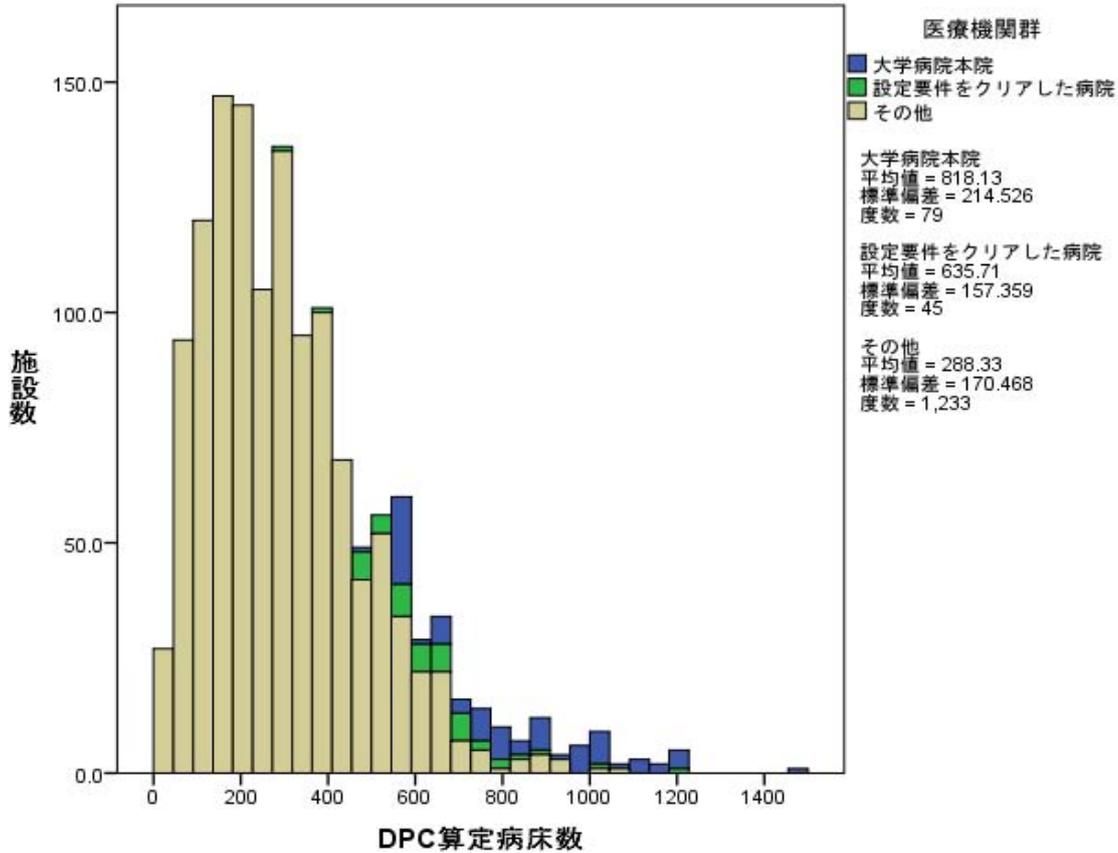
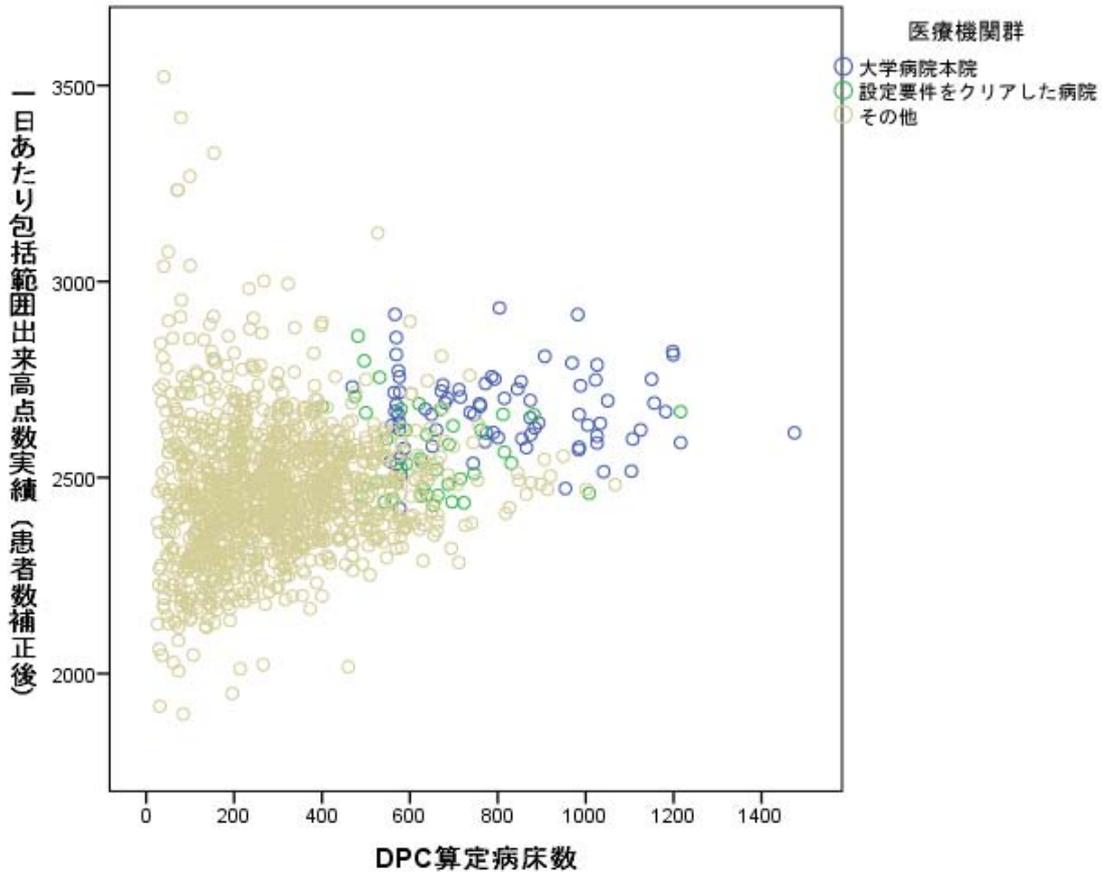
(基準値は仮に大学病院本院の最低値として集計)

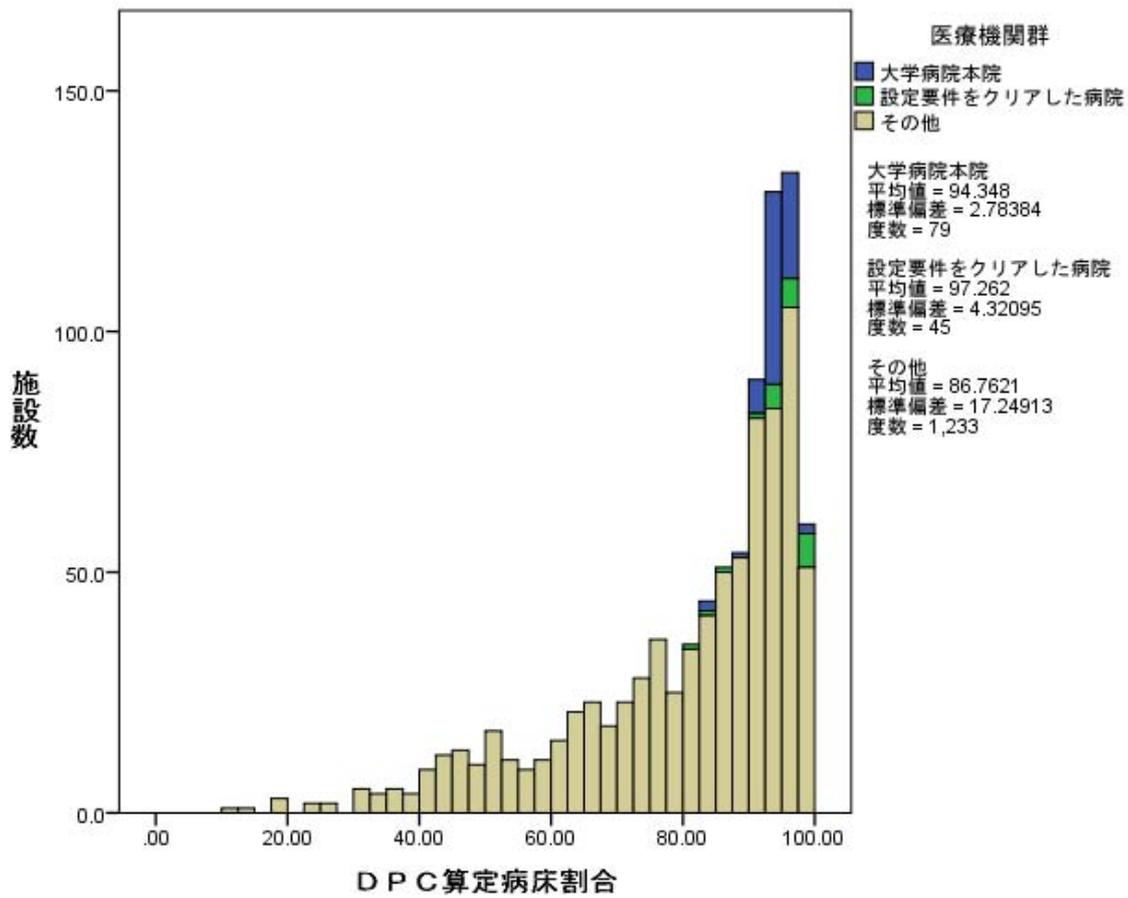




(2) 【修正案】を満たした医療機関を別の群とした場合。

(実績要件の基準値について、【原案】に近い形となるように設定。)

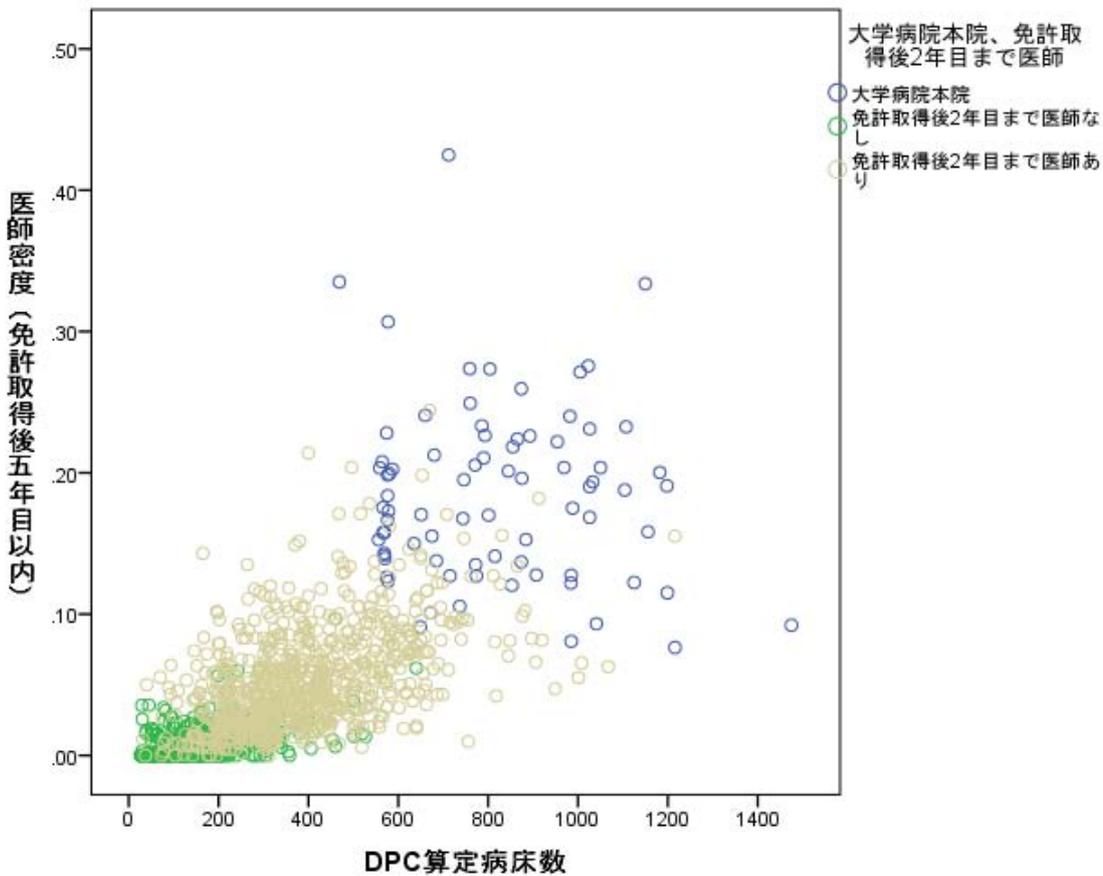
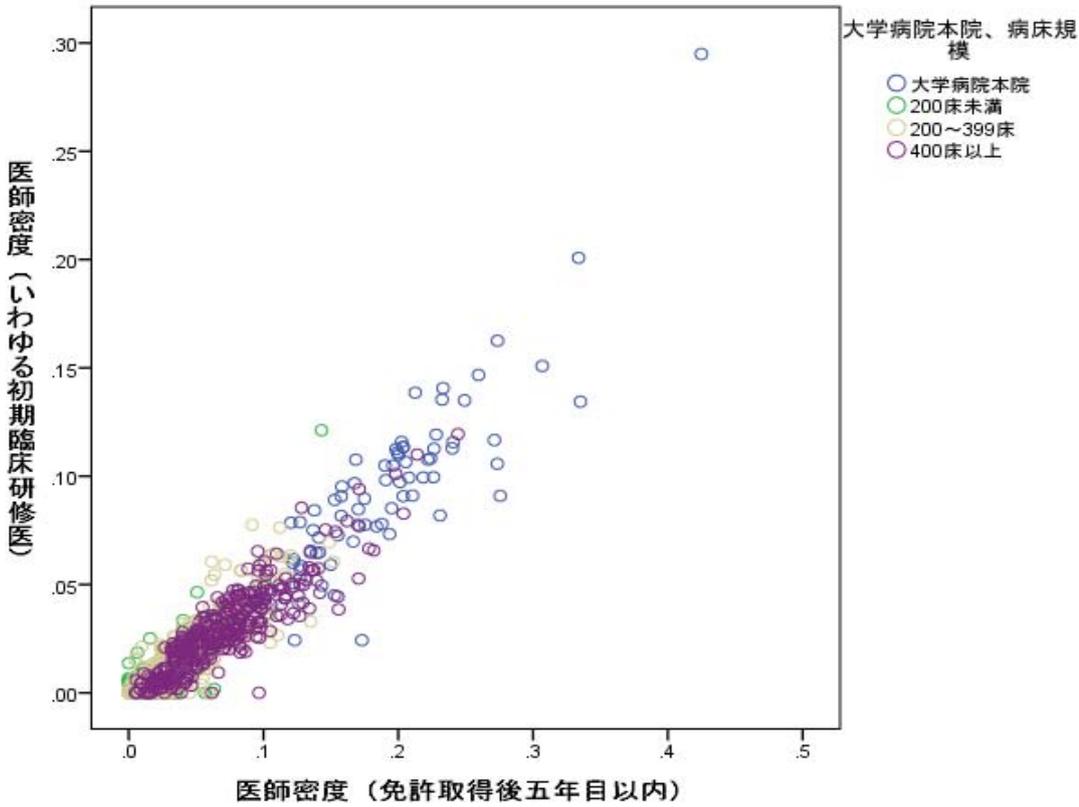


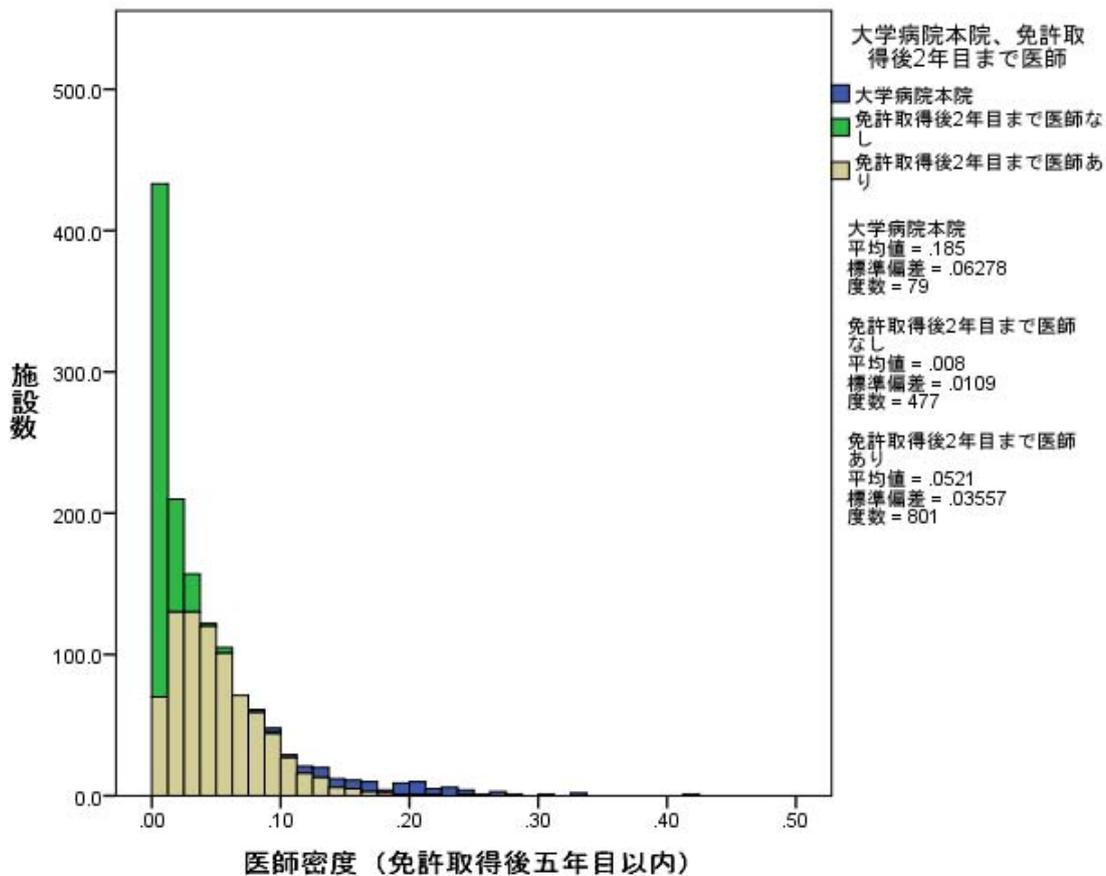
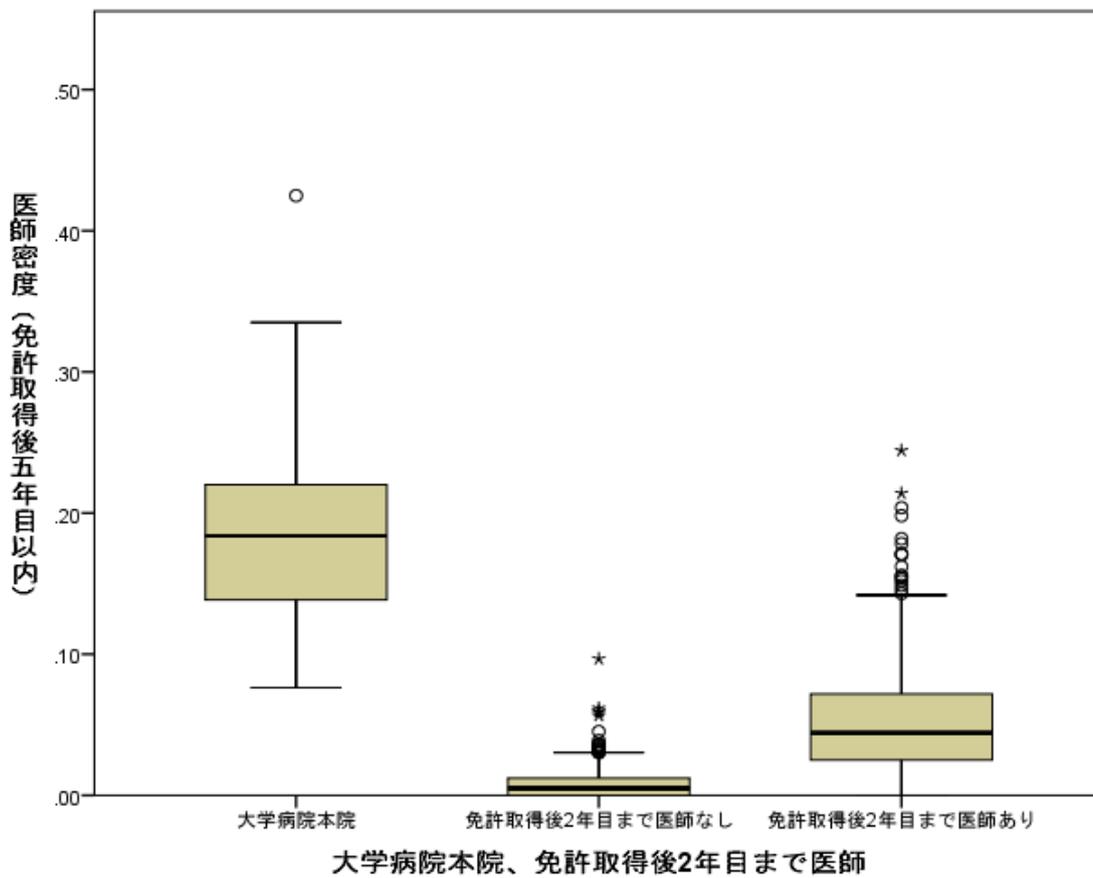


2. 対応の考え方に係る集計について

② 医師研修機能について

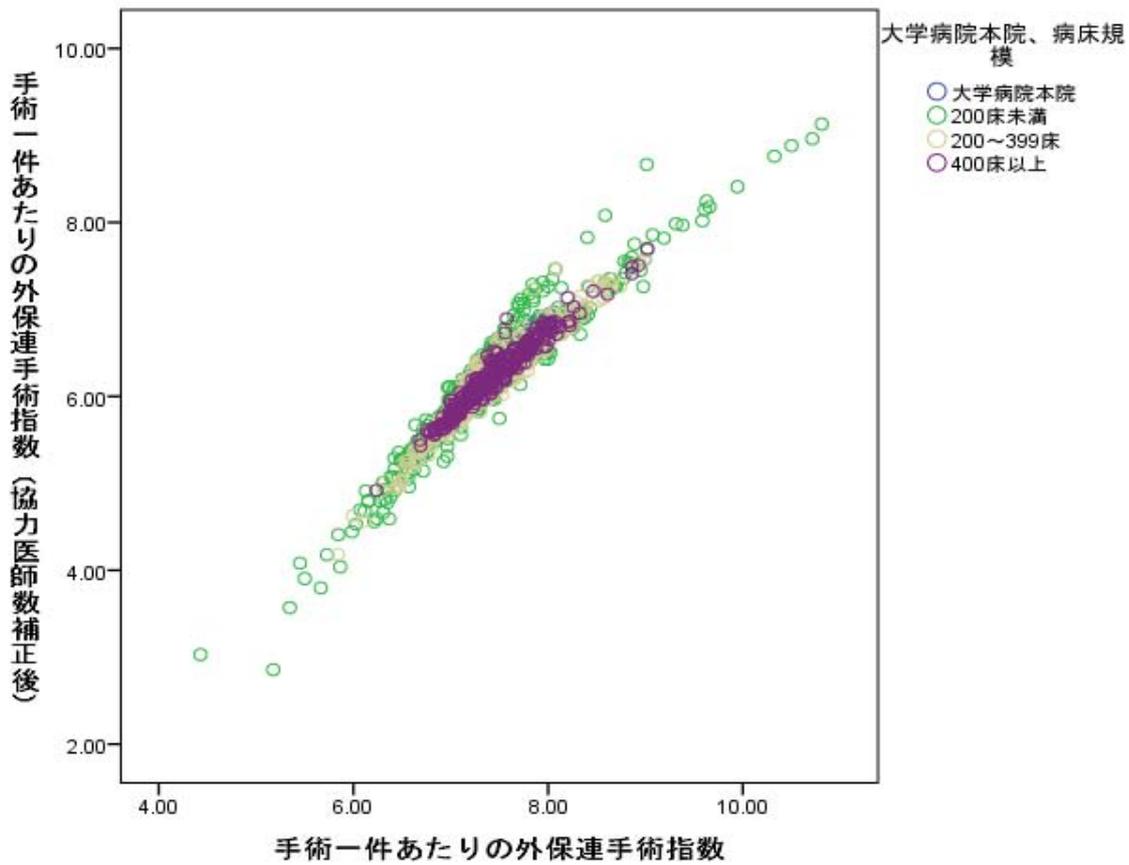
1) 医師密度（免許取得後5年目以内）と医師密度（免許取得後2年目以内）の関係

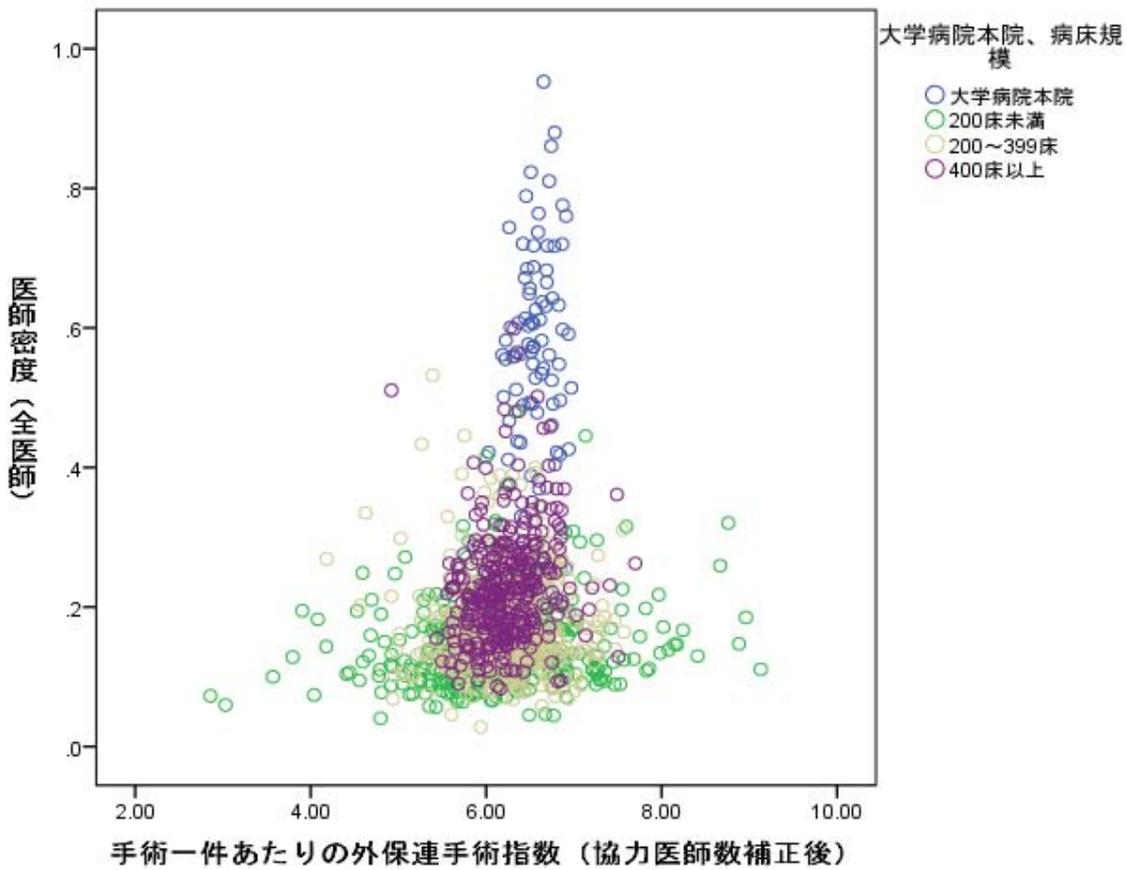
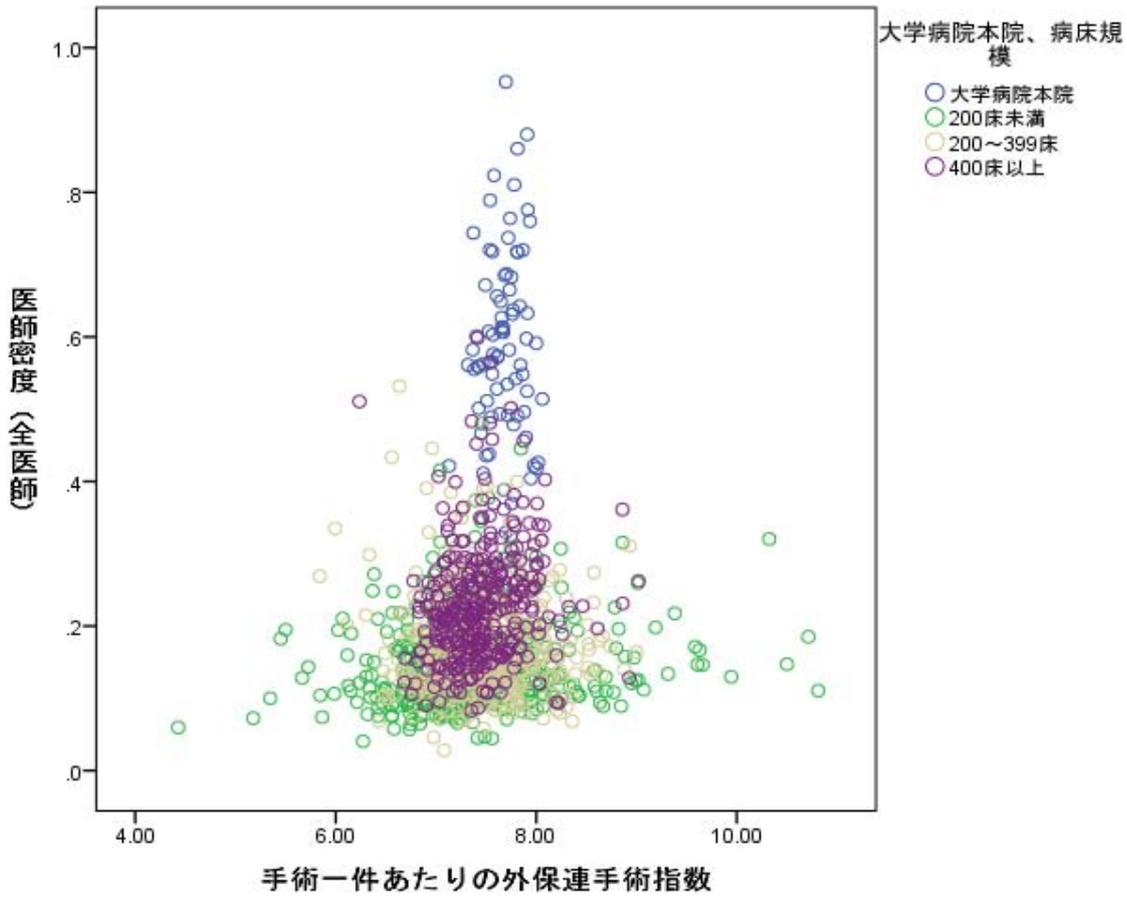


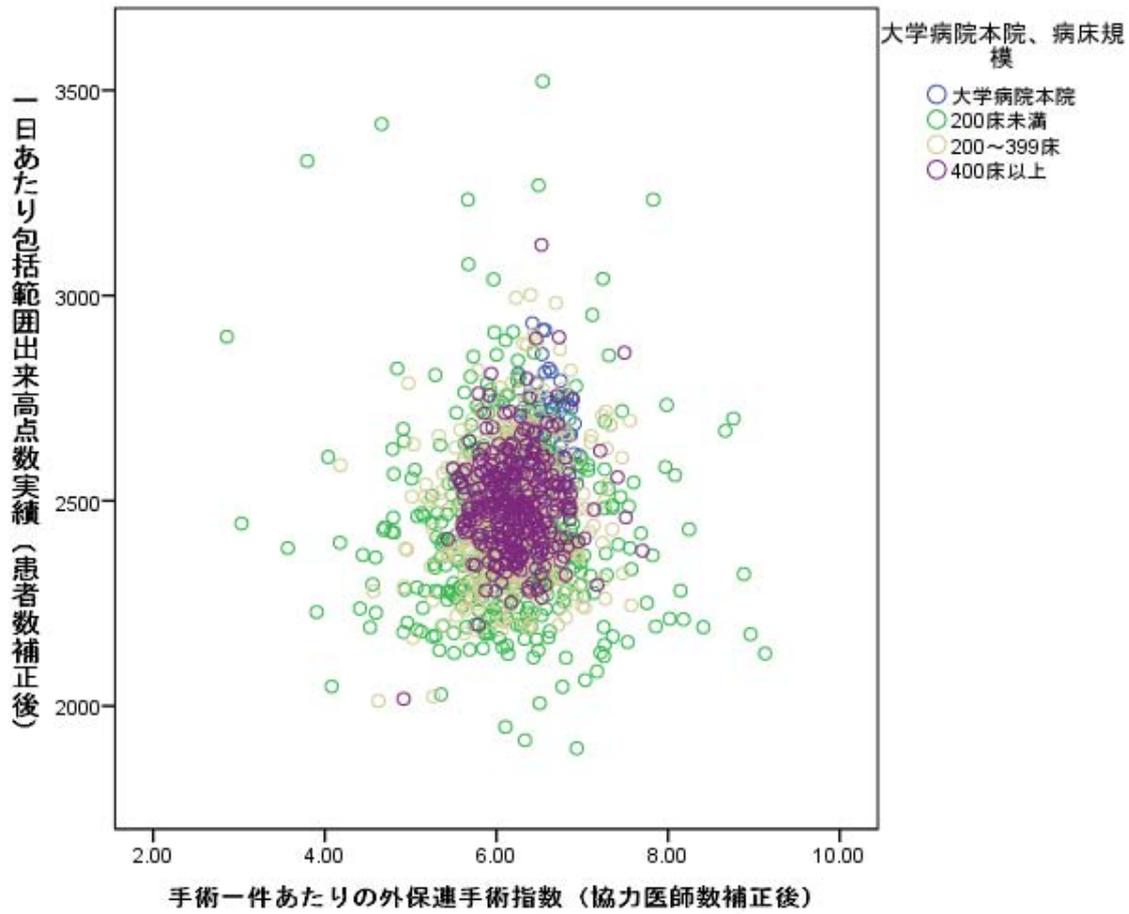
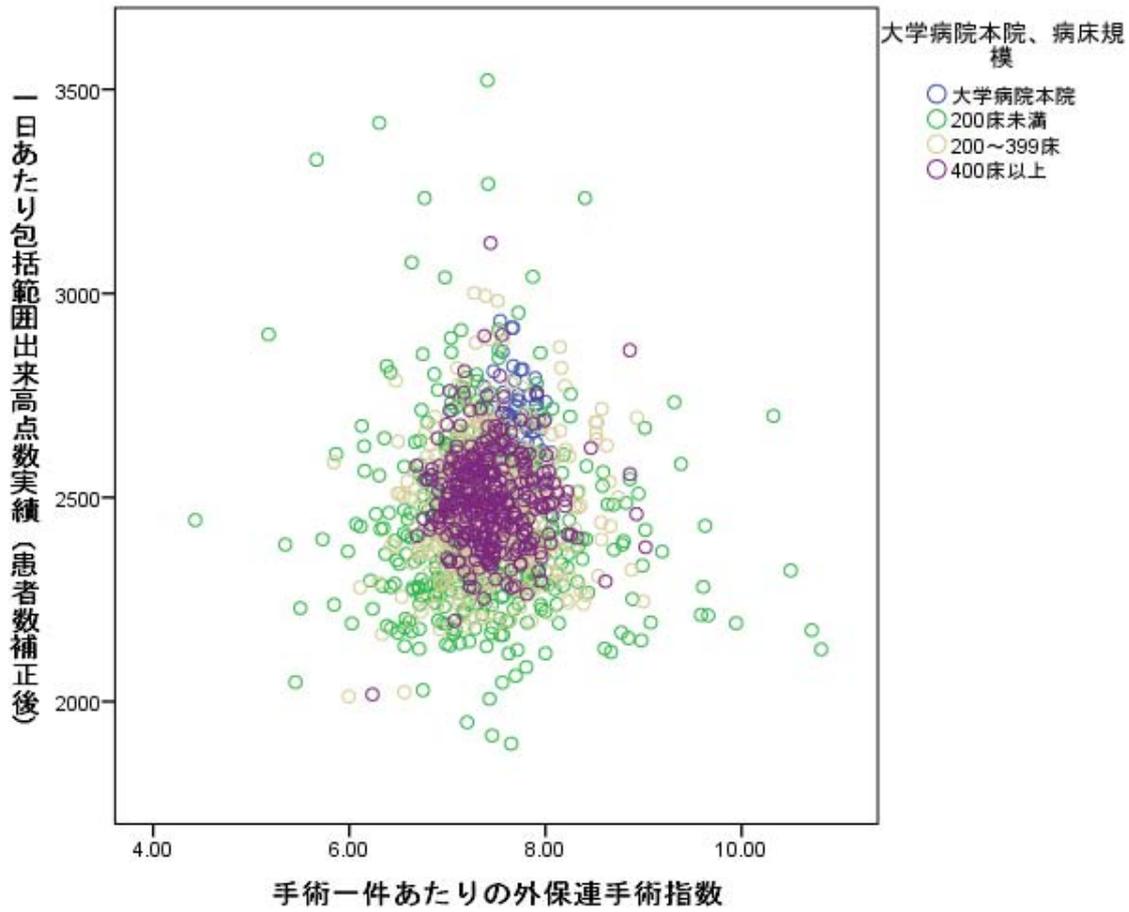


③ 高度な医療技術の実施について

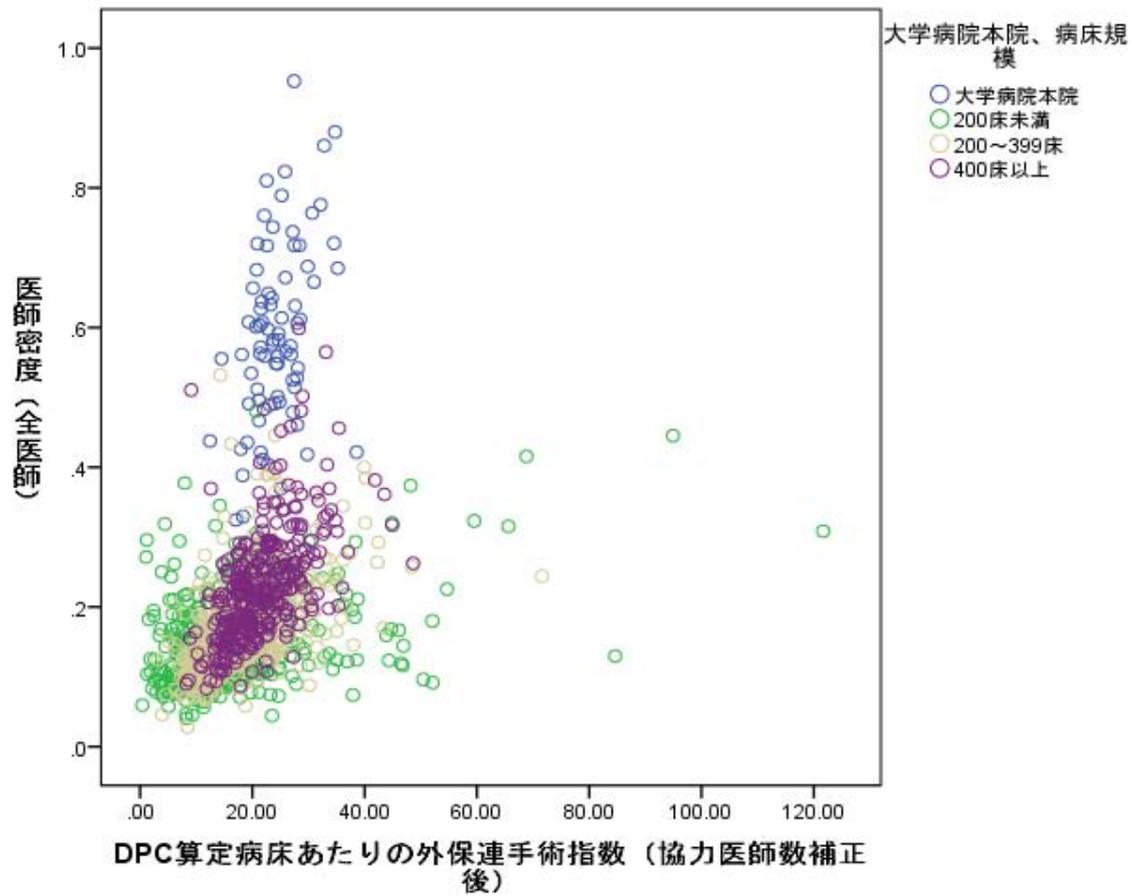
1) 手術1件あたり外保連手術指数に協力医師数を加味することについて

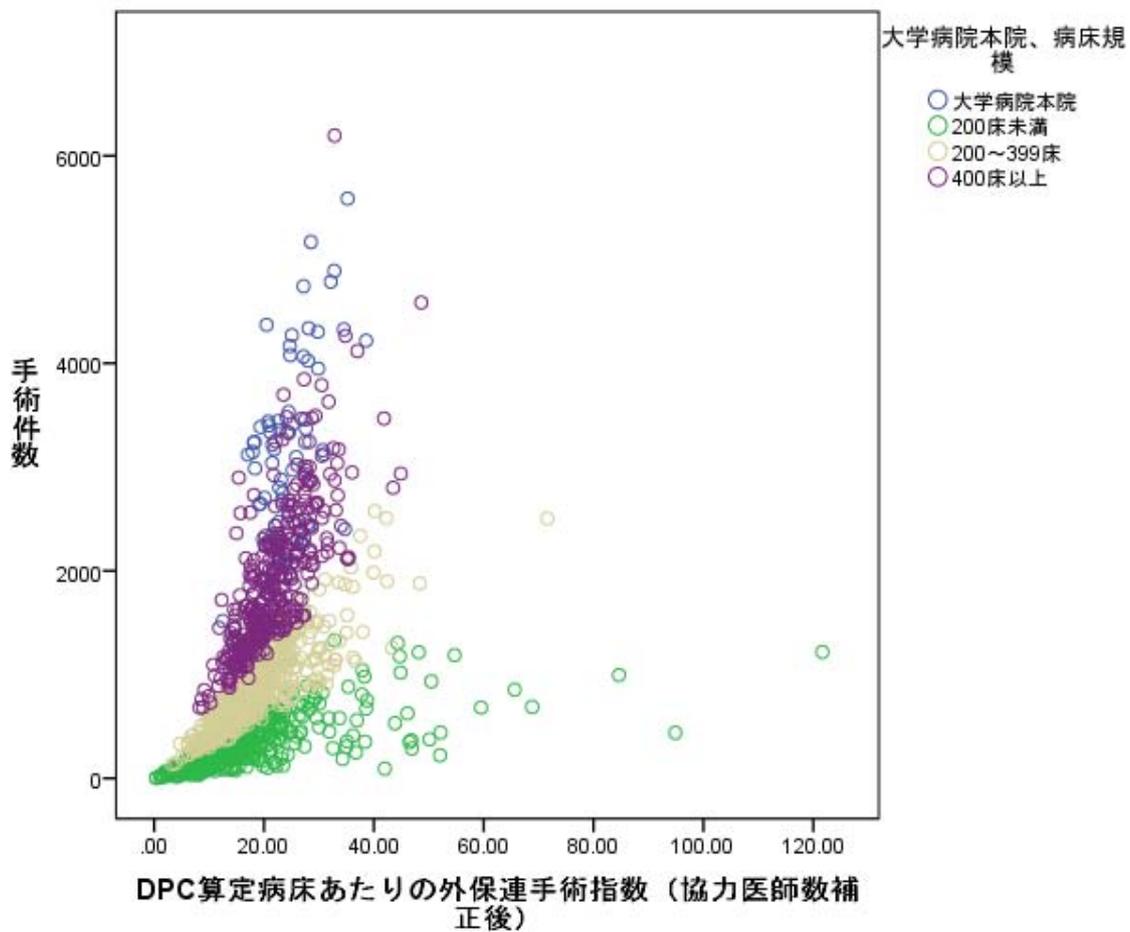
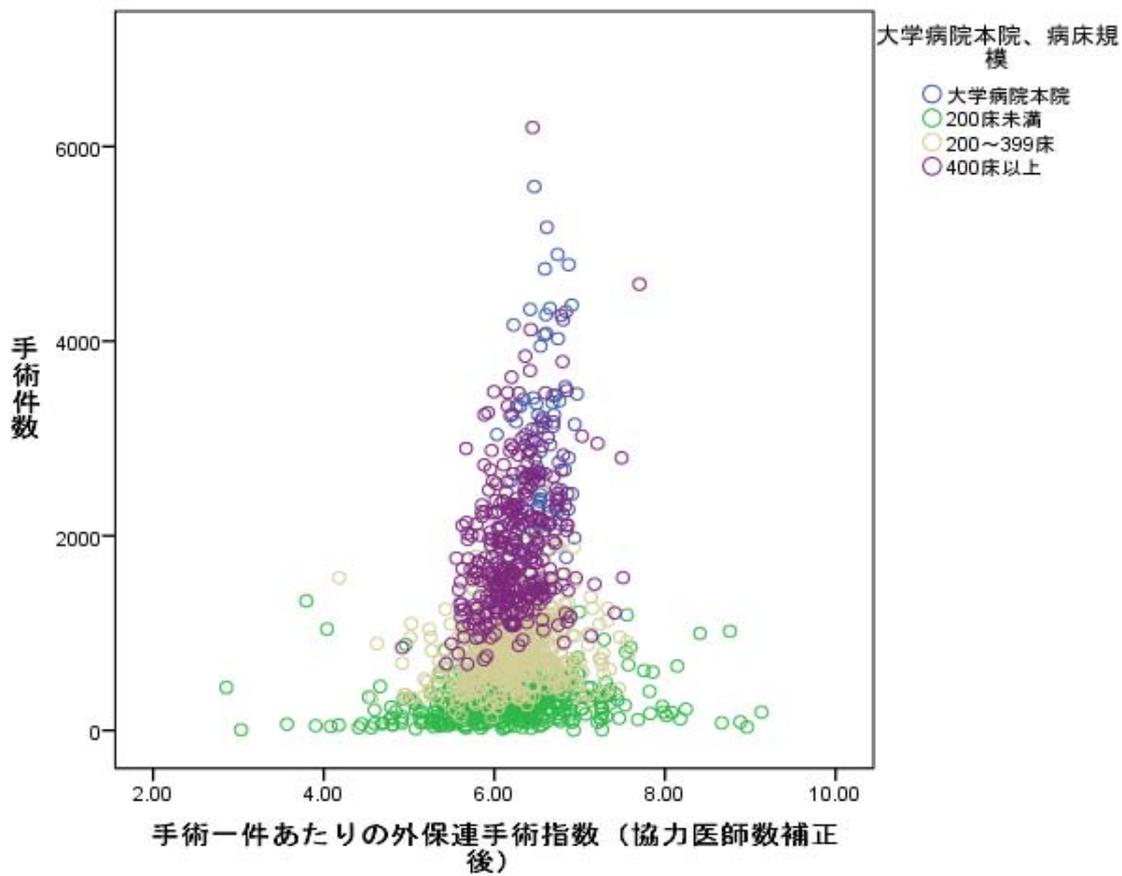






2) DPC 算定病床当たりの外保連手術指数及び手術件数について

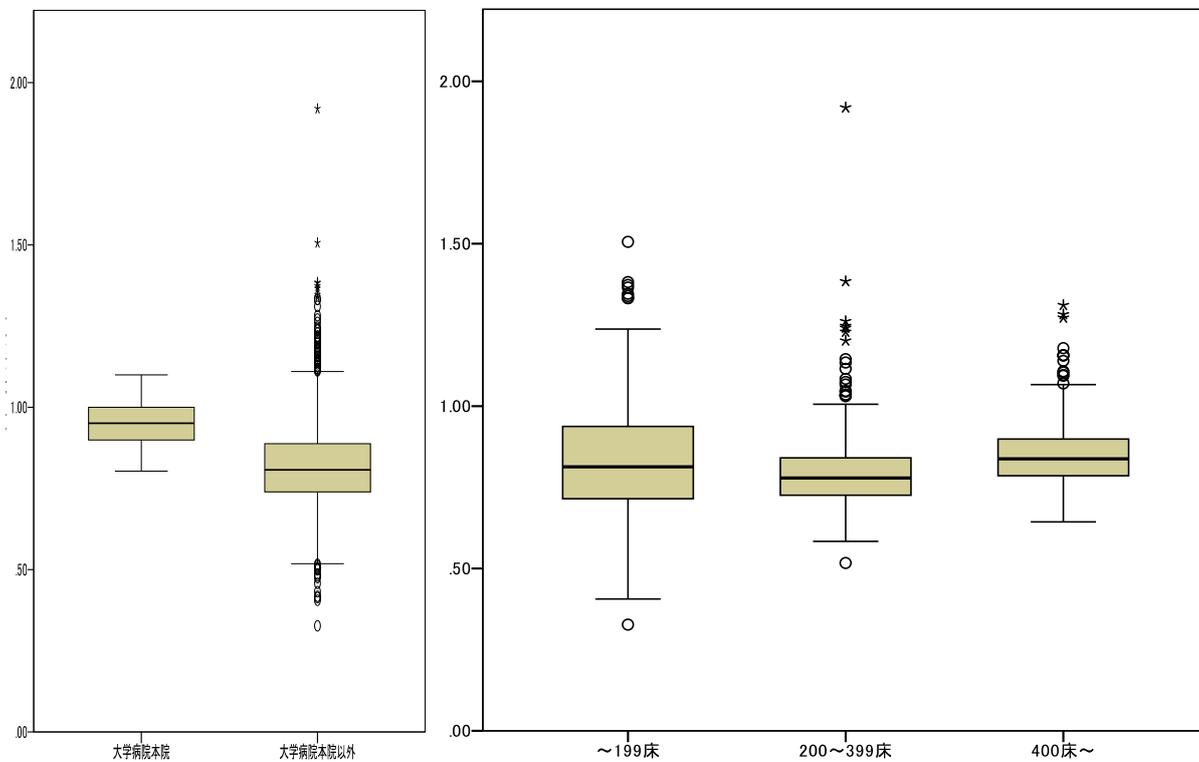
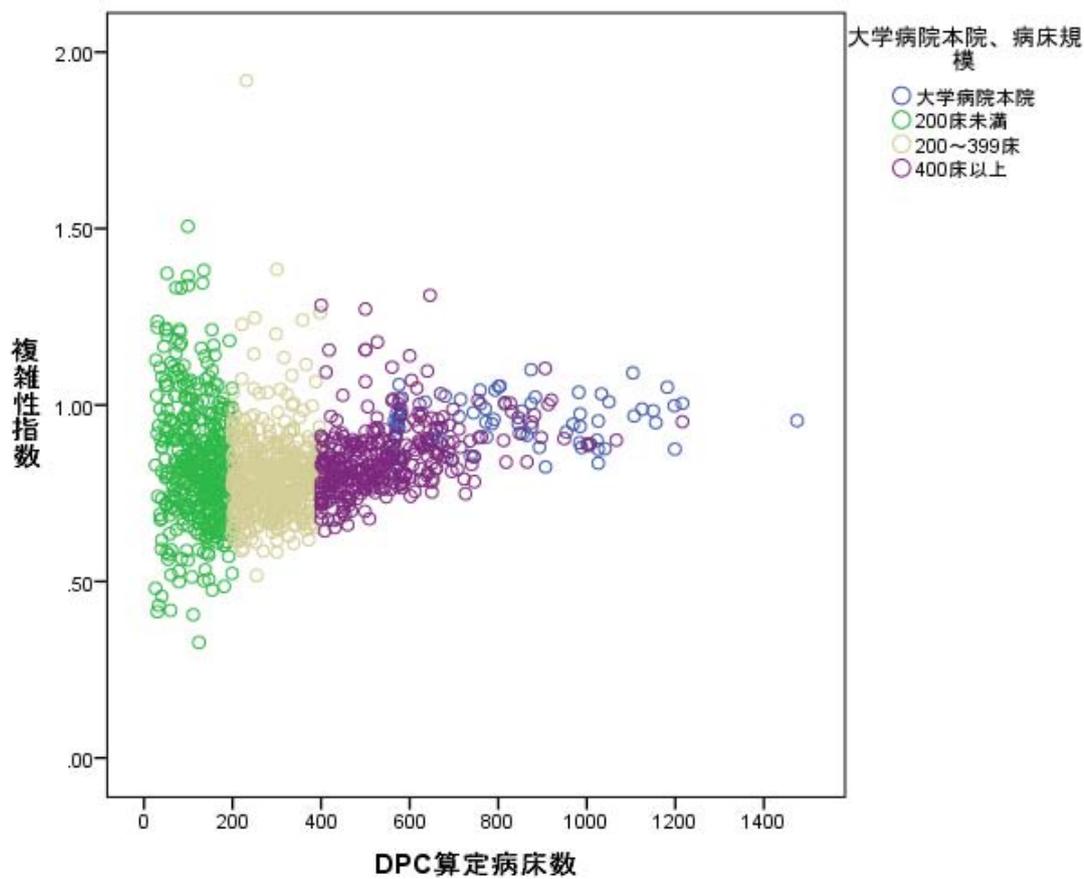




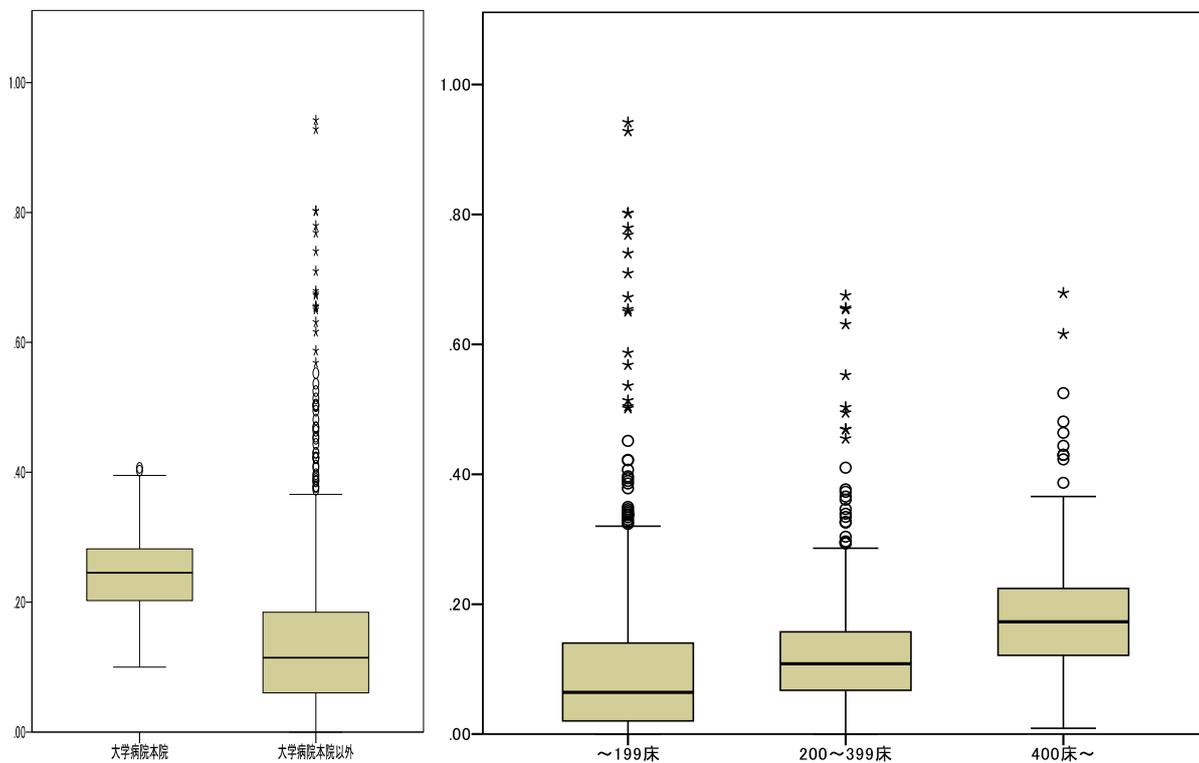
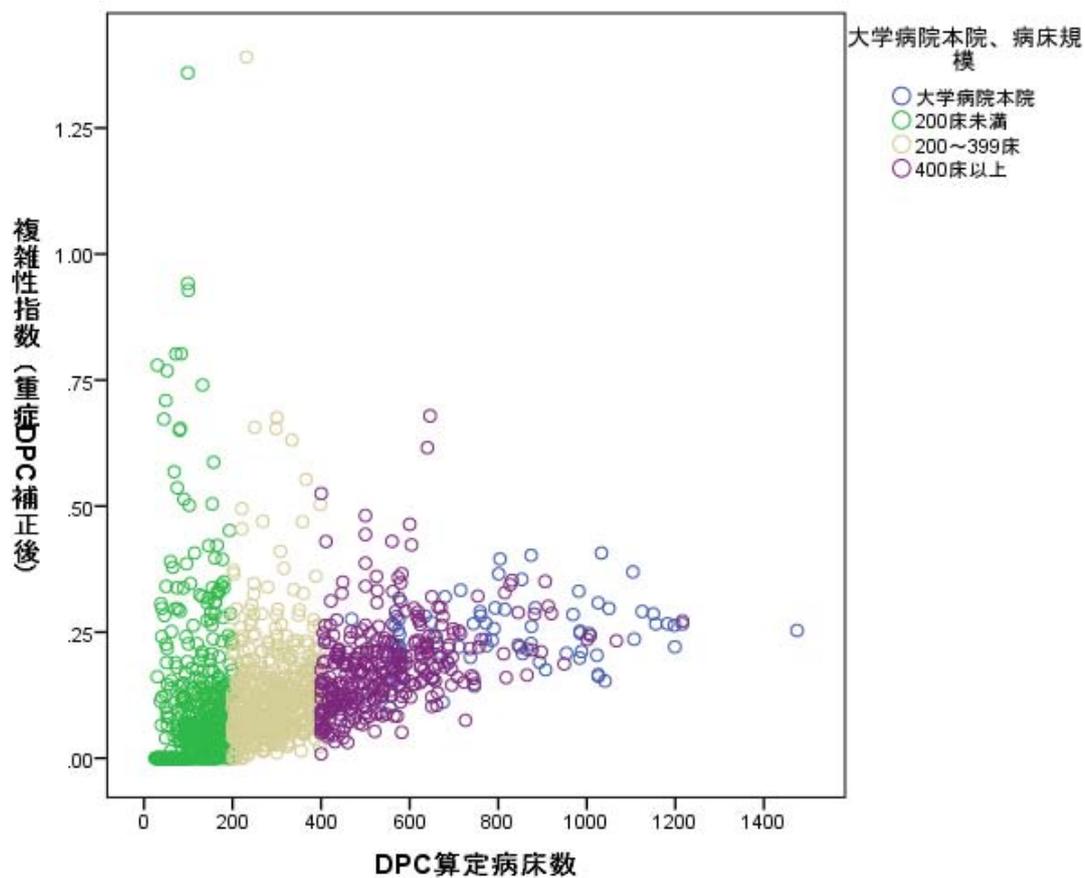
④ 重症者診療機能について

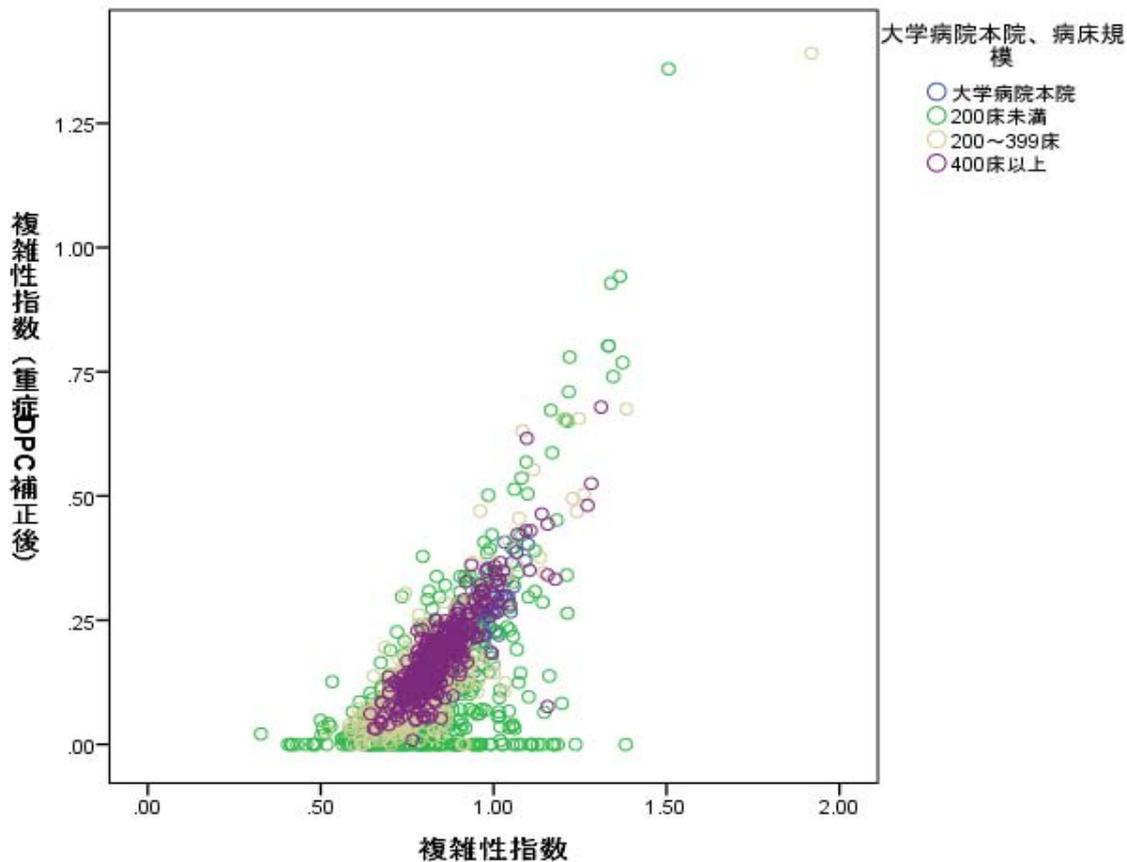
1) 複雑性指数の補正について

○ 複雑性指数



○ 複雑性指数（重症 DPC 補正後）





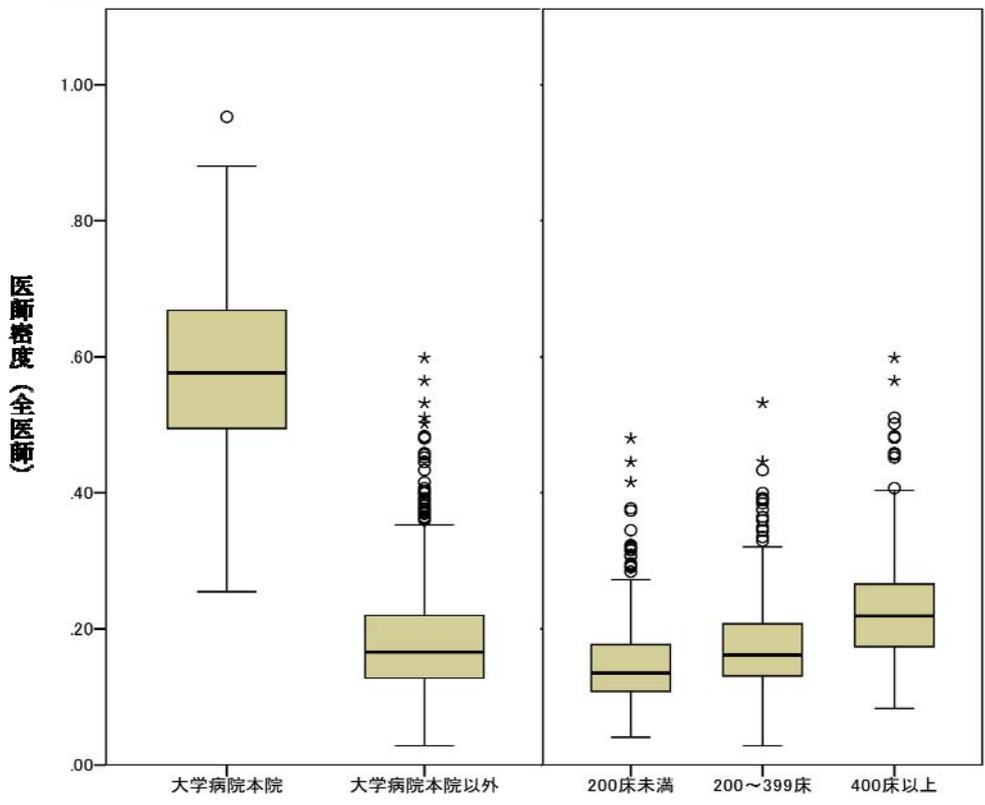
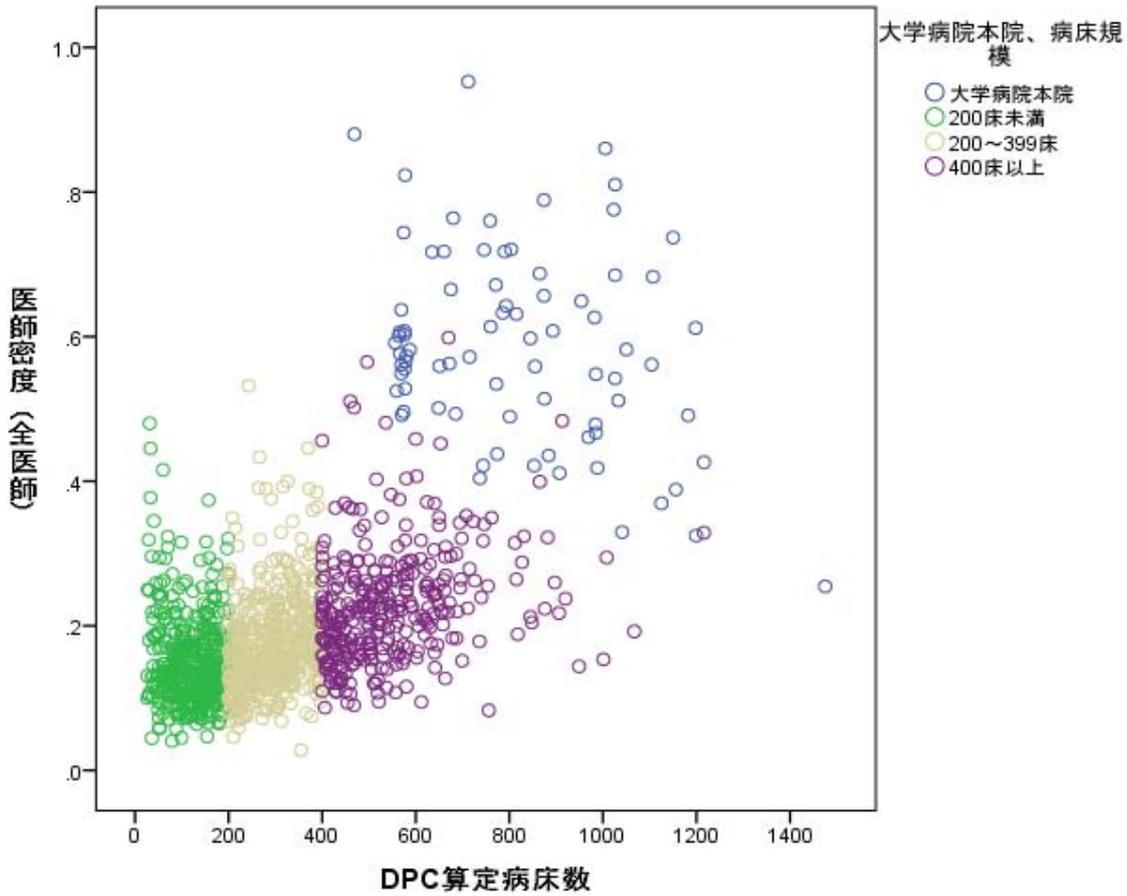
3. 各指標の相関係数について

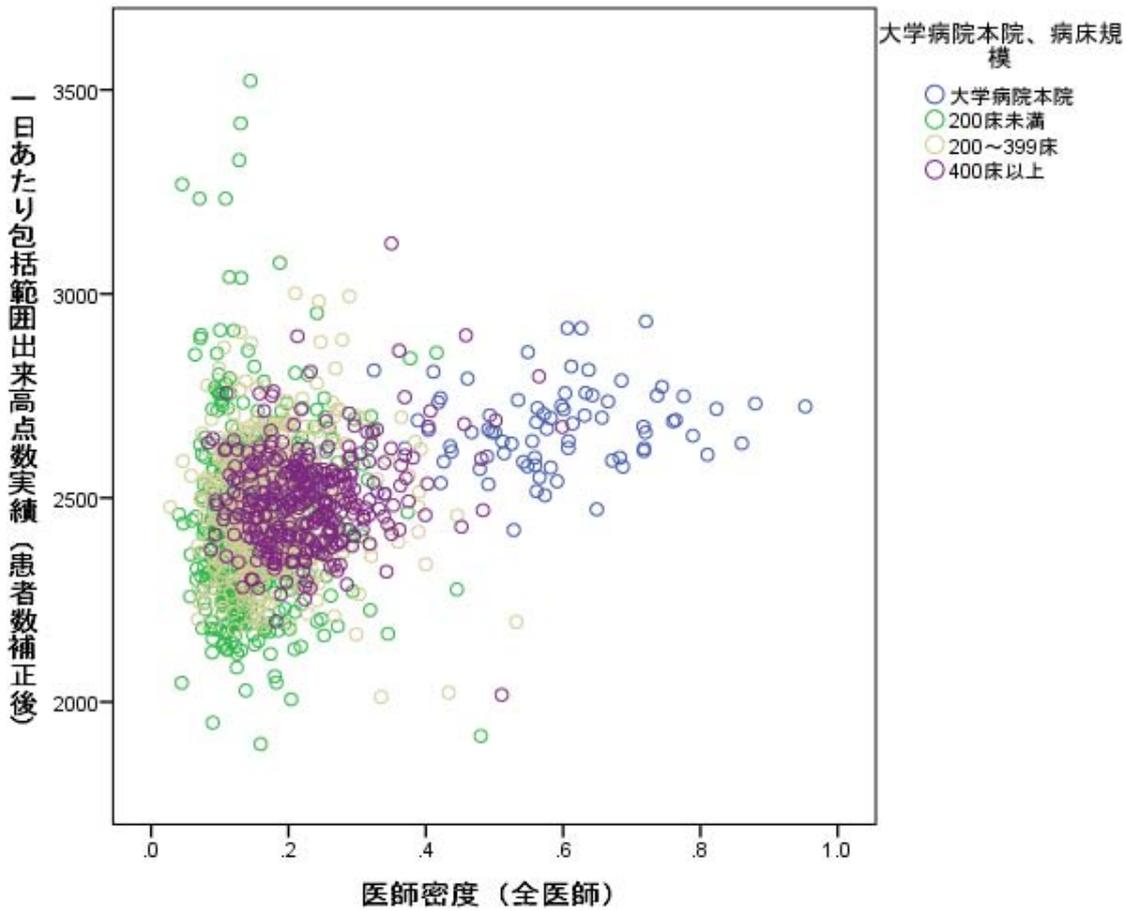
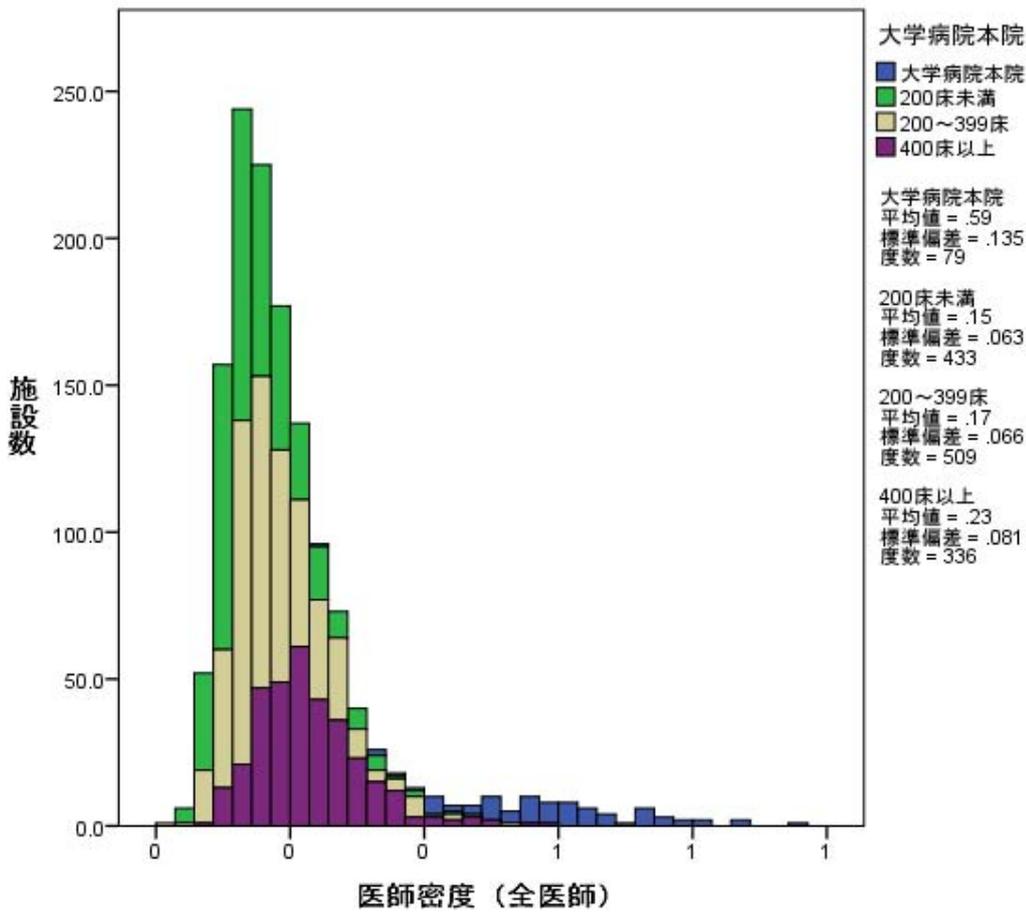
医師密度(全医師数)との相関係数	全施設	大学病院 本院を除く
<高度な医療技術>		
手術 1 件あたり外保連指数	0.138	0.088
手術 1 件あたり外保連指数(協力医師数補正後)	0.184	0.113
DPC 算定病床あたり外保連指数	0.377	0.466
DPC 算定病床あたり外保連指数(協力医師数補正後)	0.389	0.459
全患者に占める全身麻酔の患者比率	0.361	0.317
<重症者診療機能>		
複雑性指数	0.201	0.06
(代) 複雑性指数(重症 DPC 補正後)	0.213	0.115
手術・処置等 1・2「あり」の患者比率	0.308	0.192

	全施設	大学病院 本院を除く
医師密度間の相関係数		
2 年目以下 × 5 年目以下	0.945	0.911
2 年目以下 × 全医師	0.829	0.669
5 年目以下 × 全医師	0.885	0.775

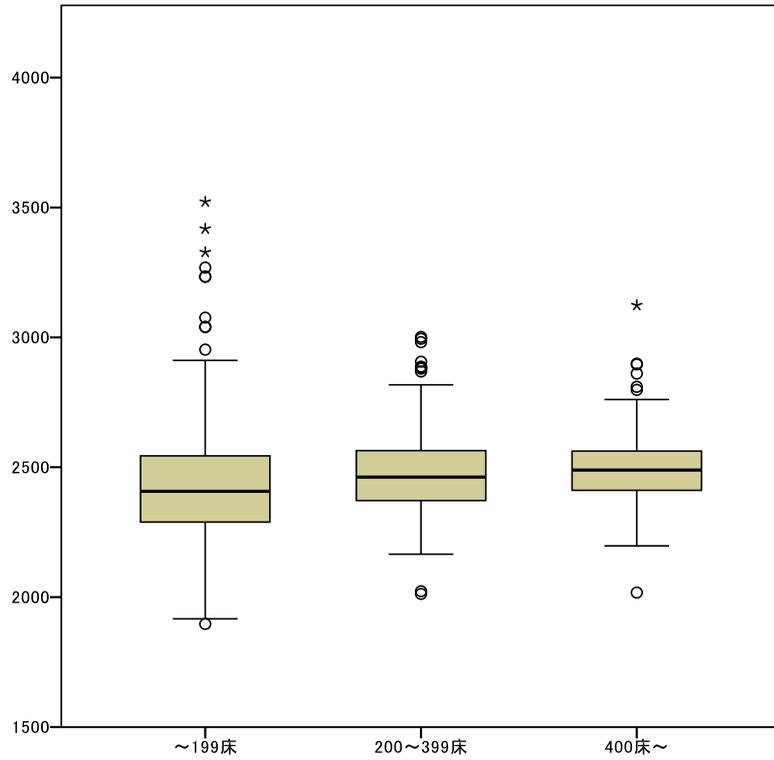
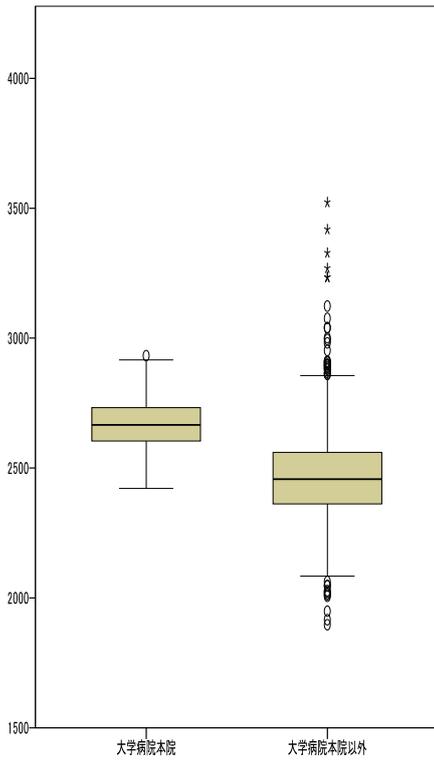
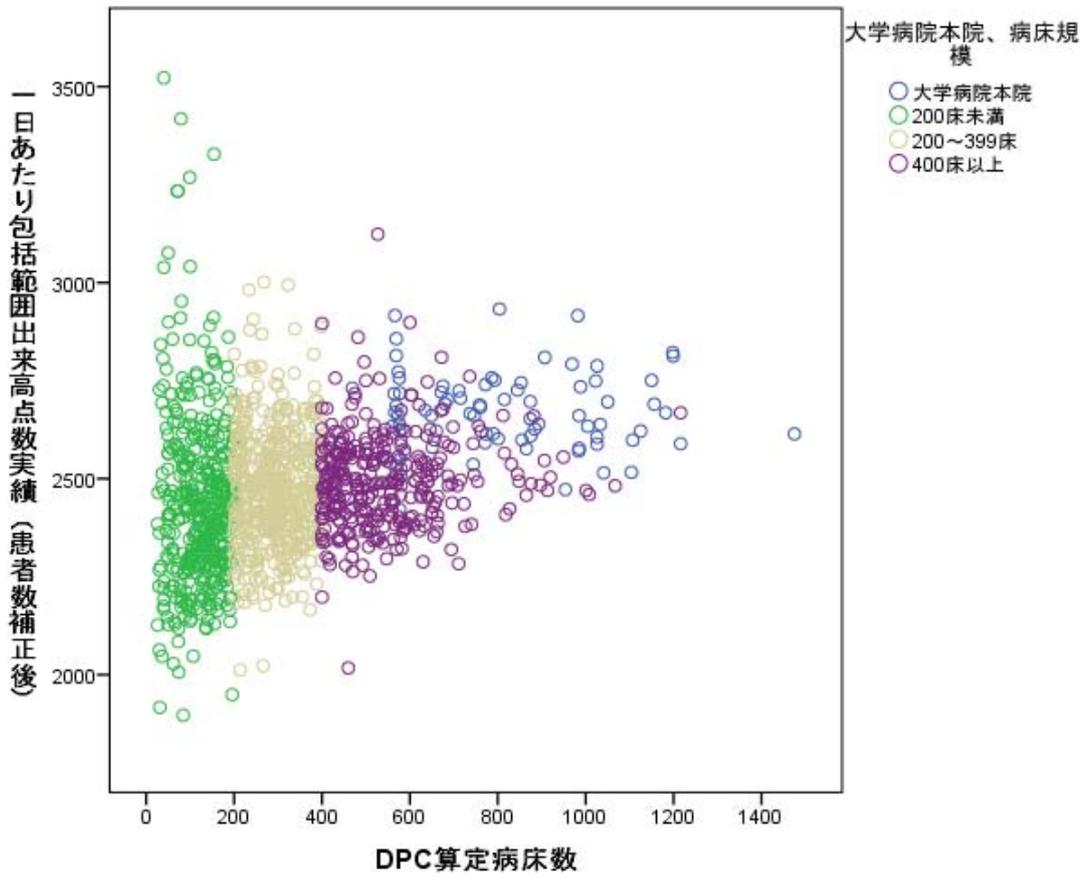
4. 各指標の分布 (参考)

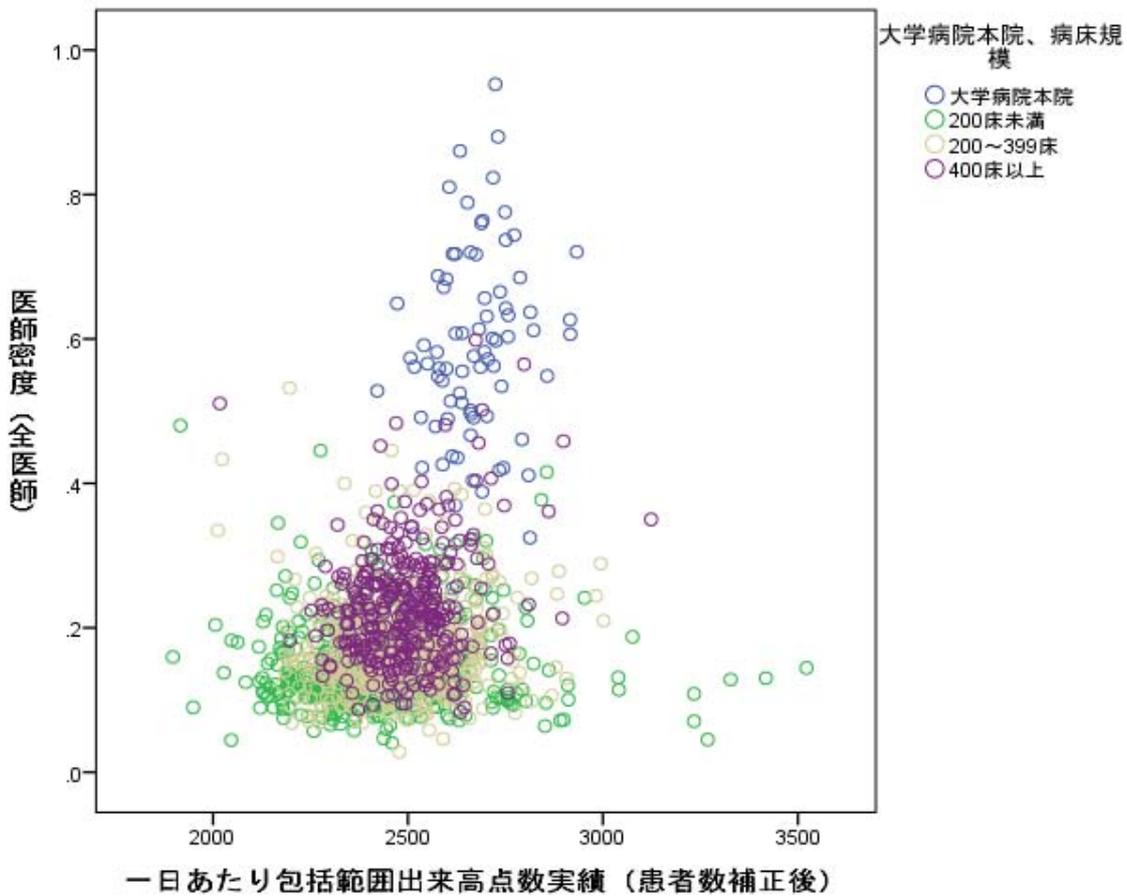
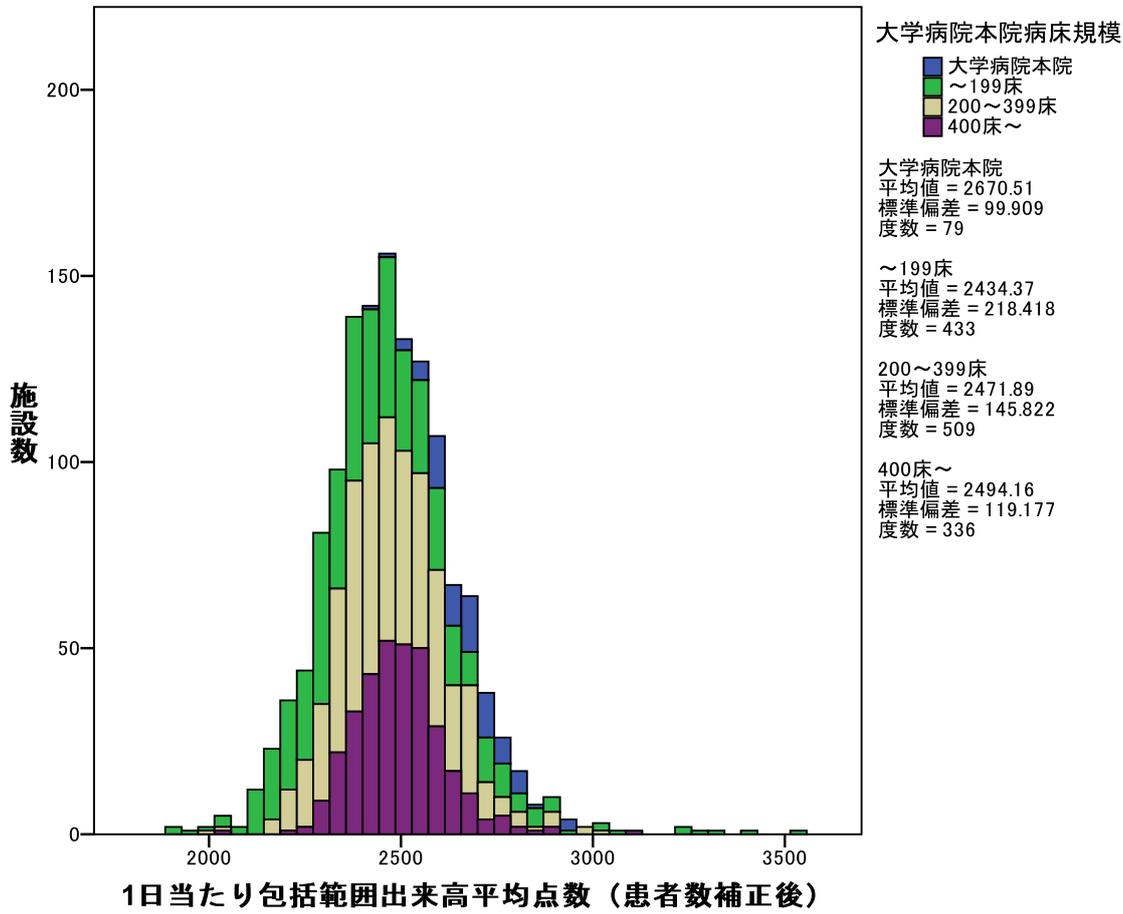
○「医師密度(全医師)」



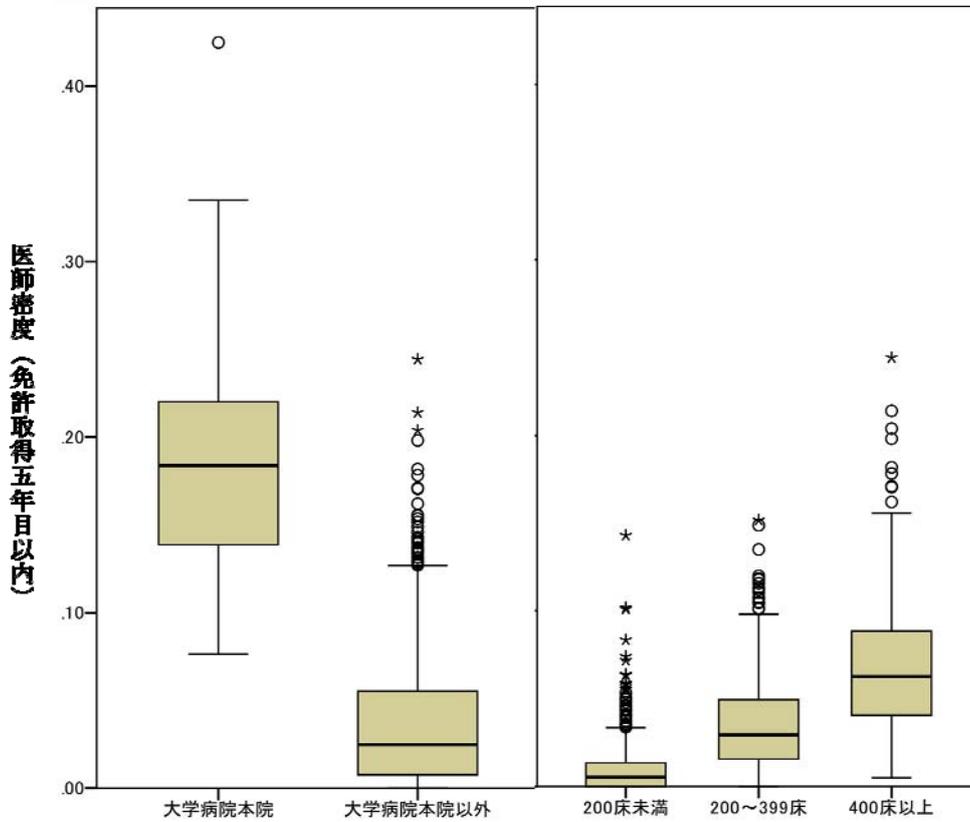
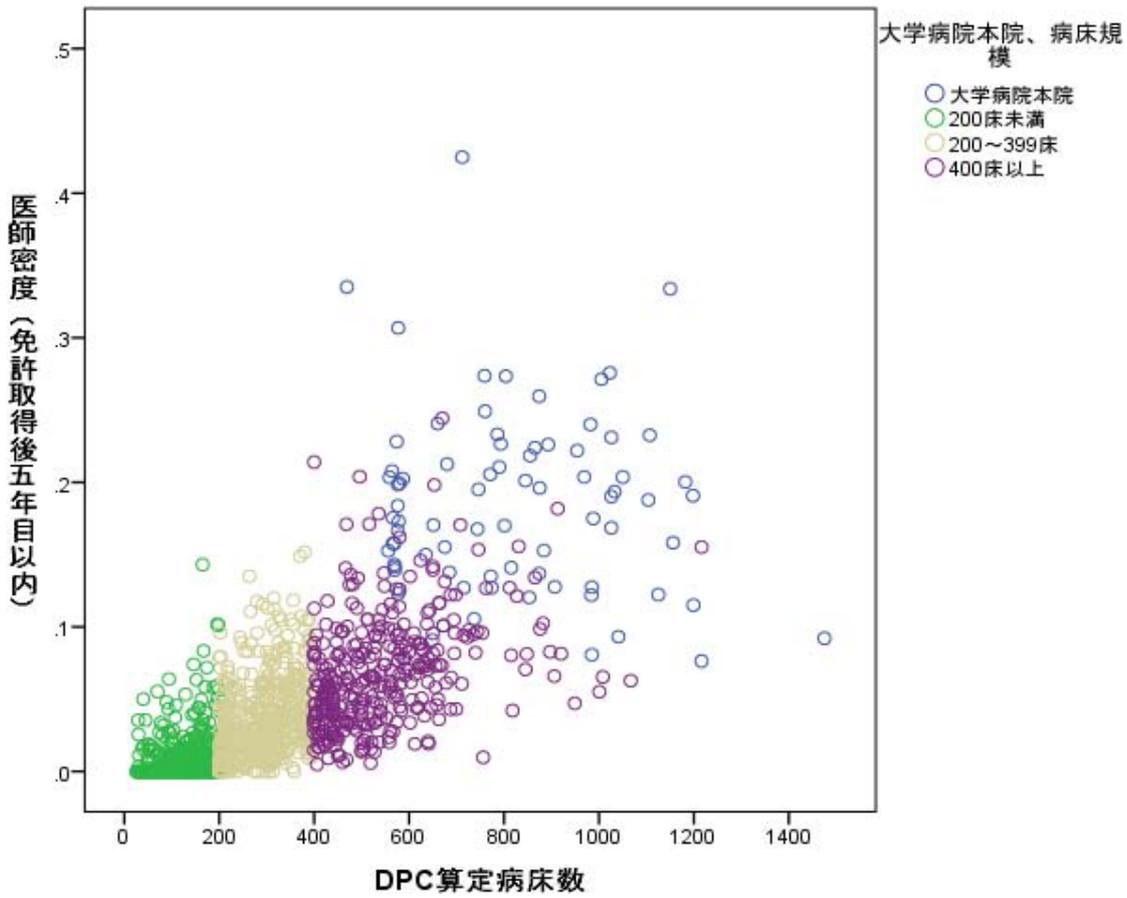


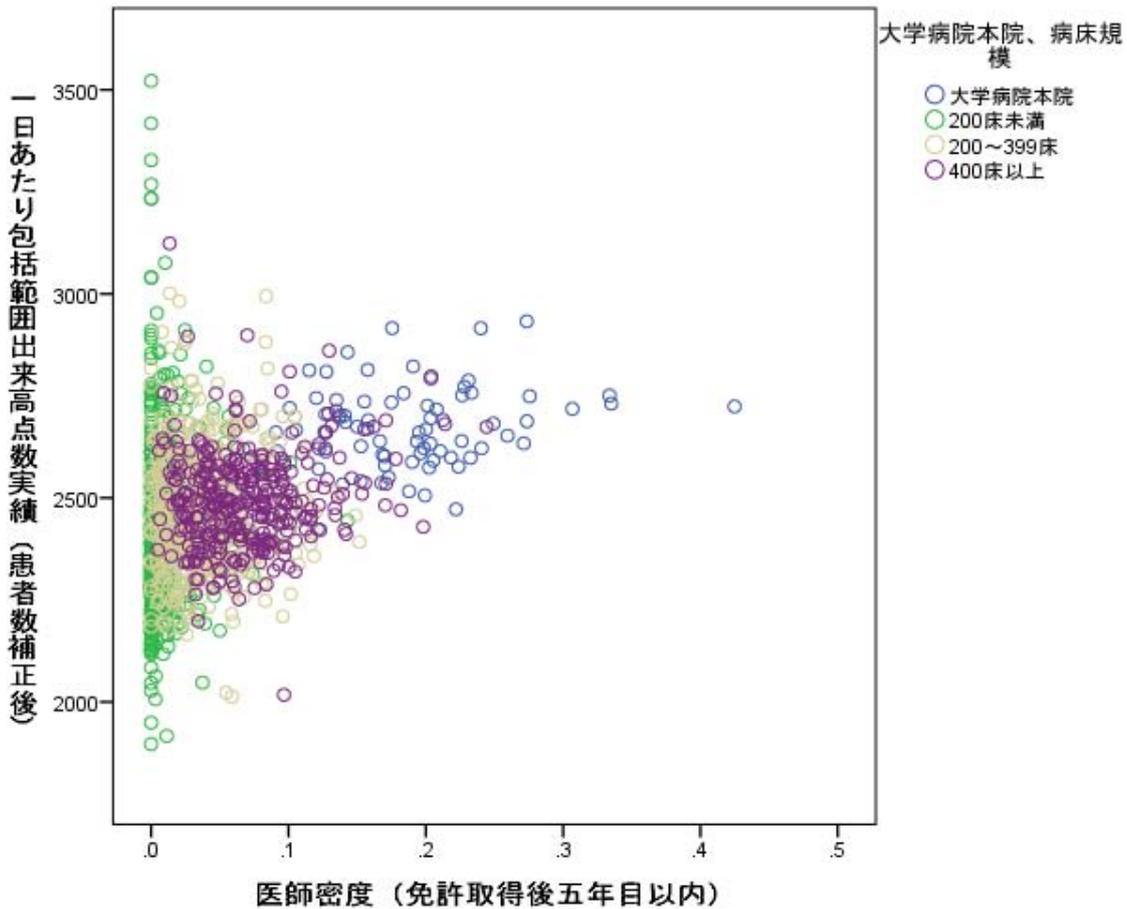
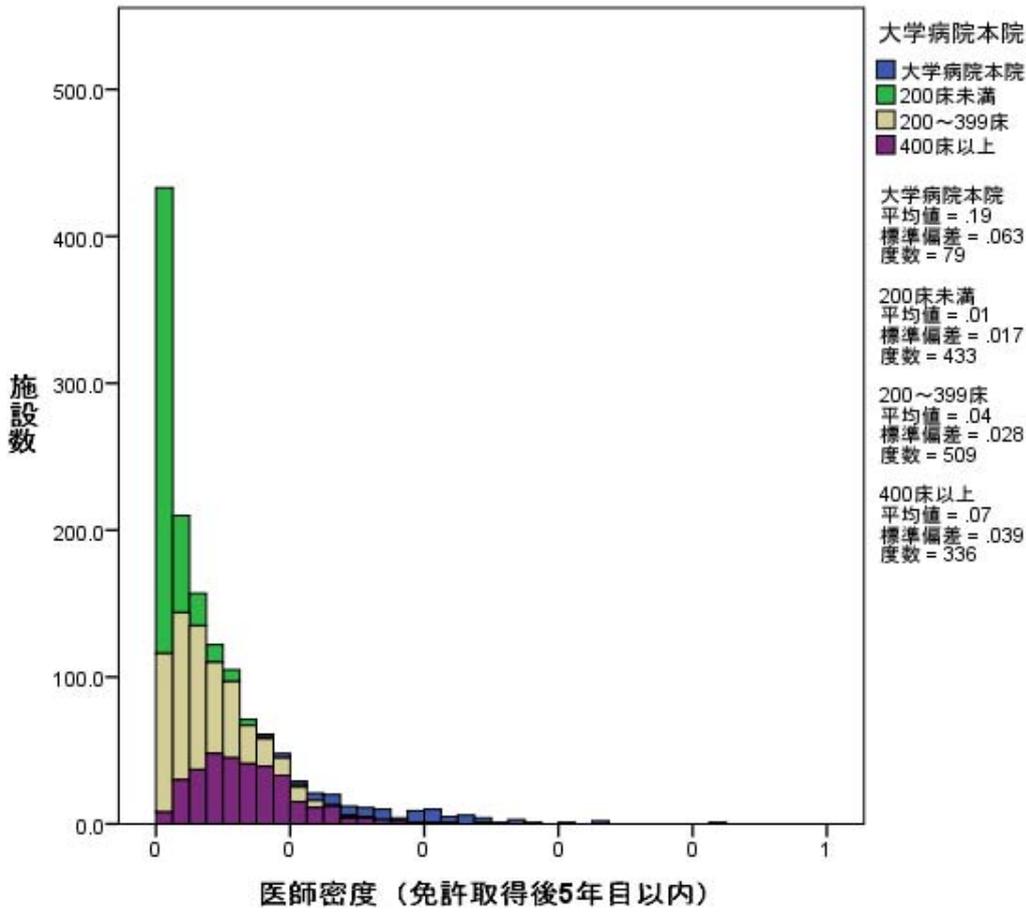
○「1日あたり包括範囲出来高平均点数（患者数補正後）」



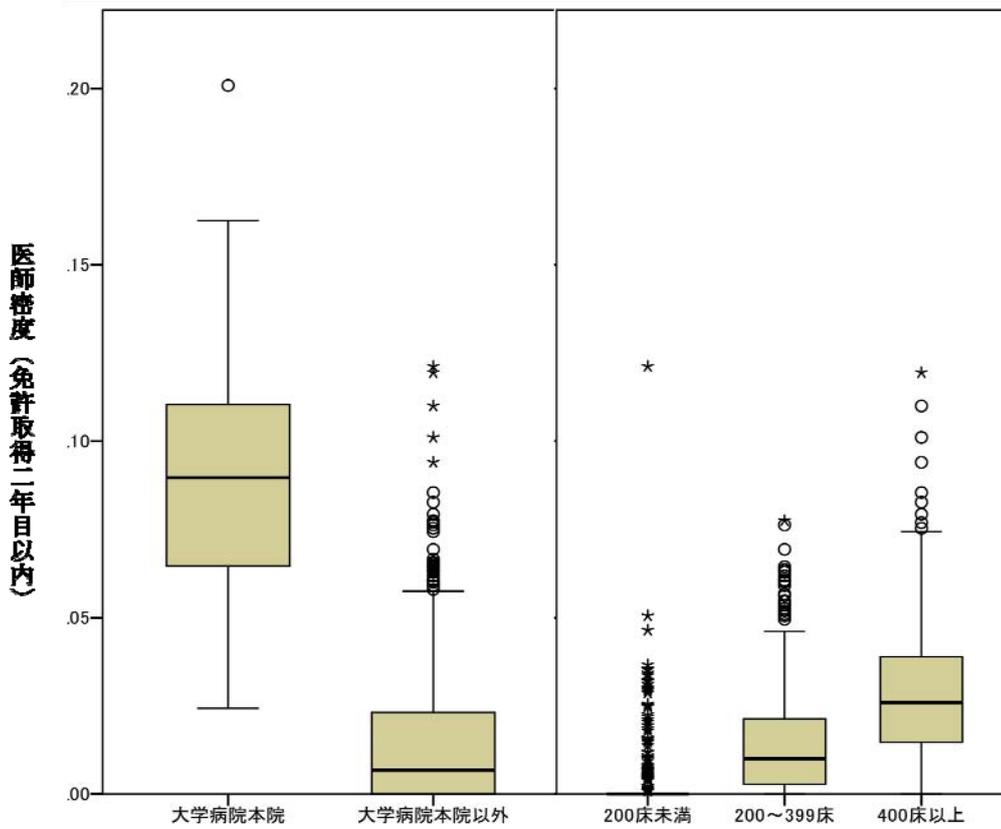
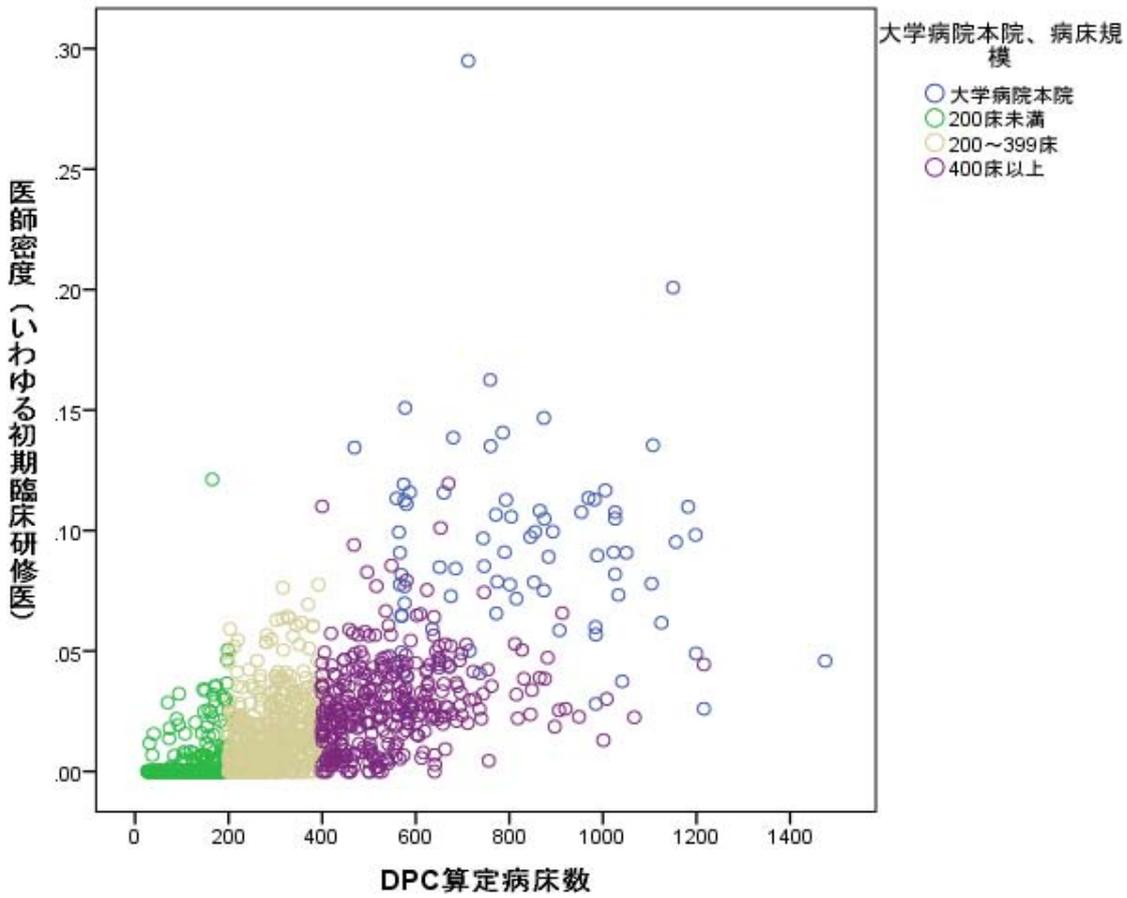


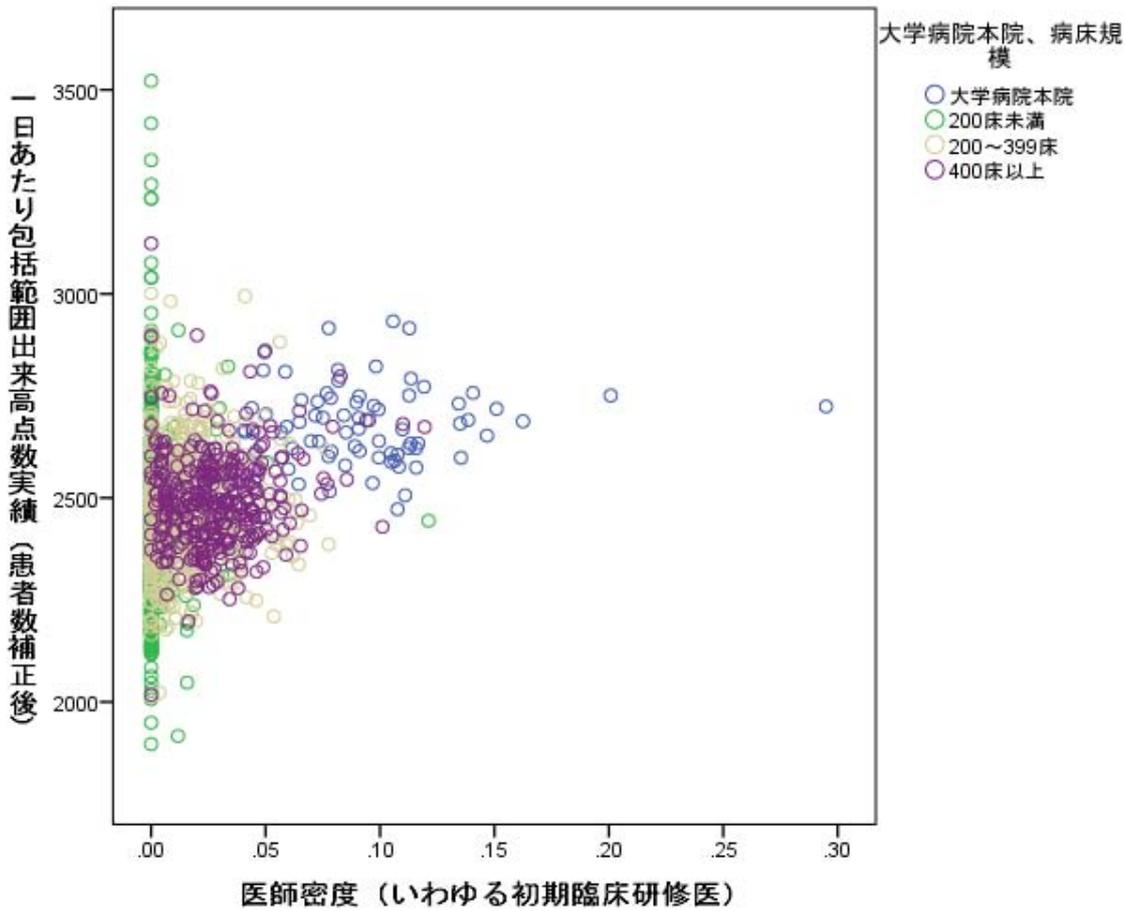
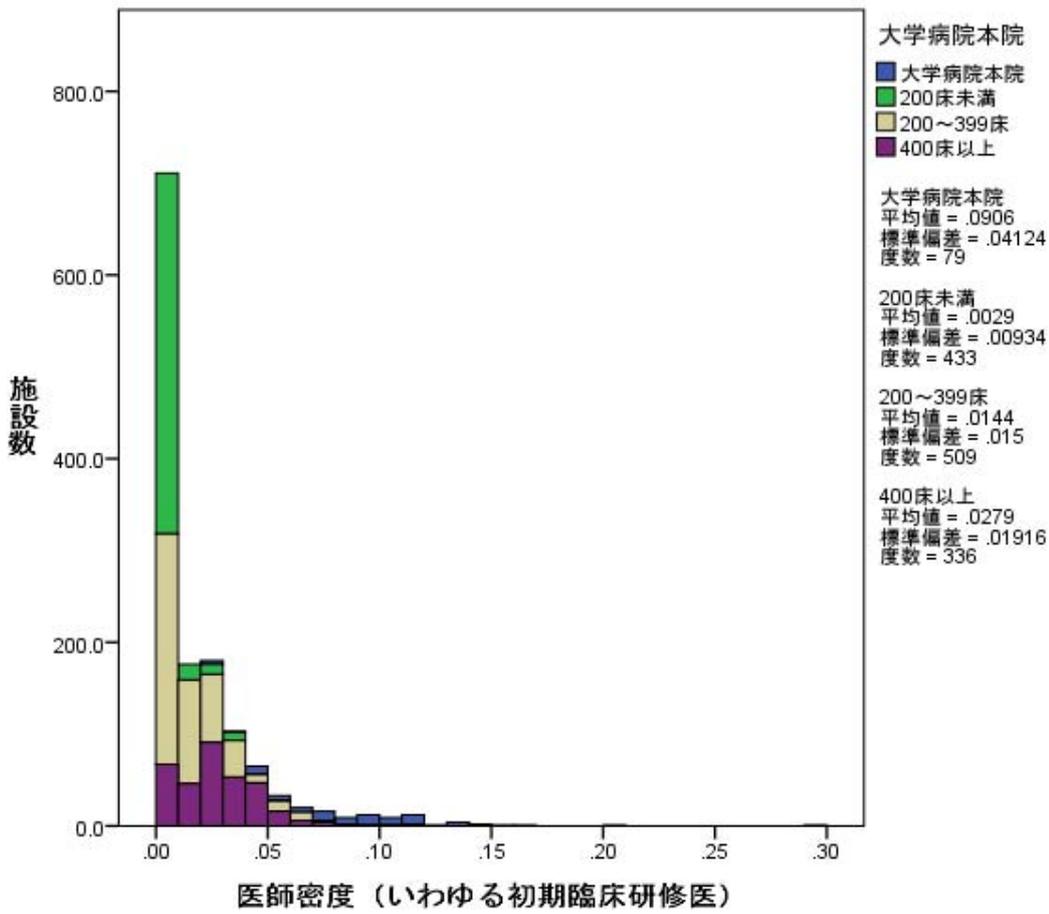
○「医師密度（免許取得後5年目以内）」



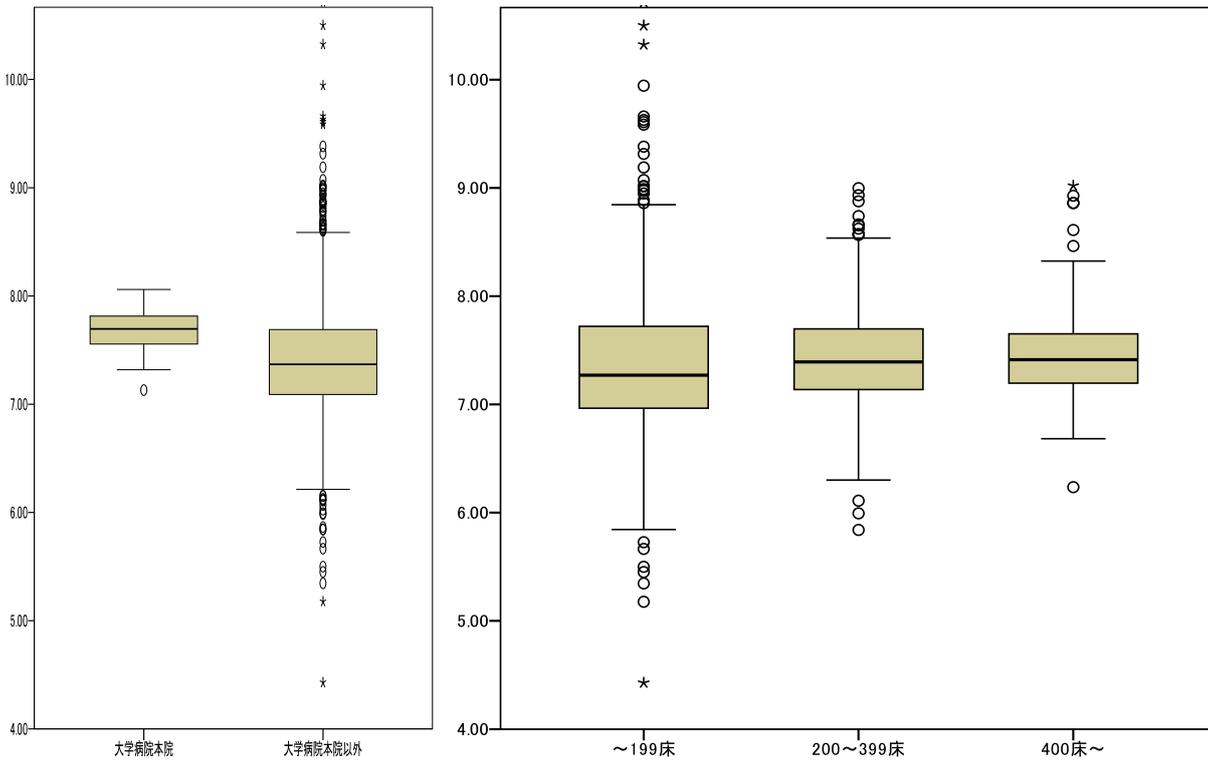
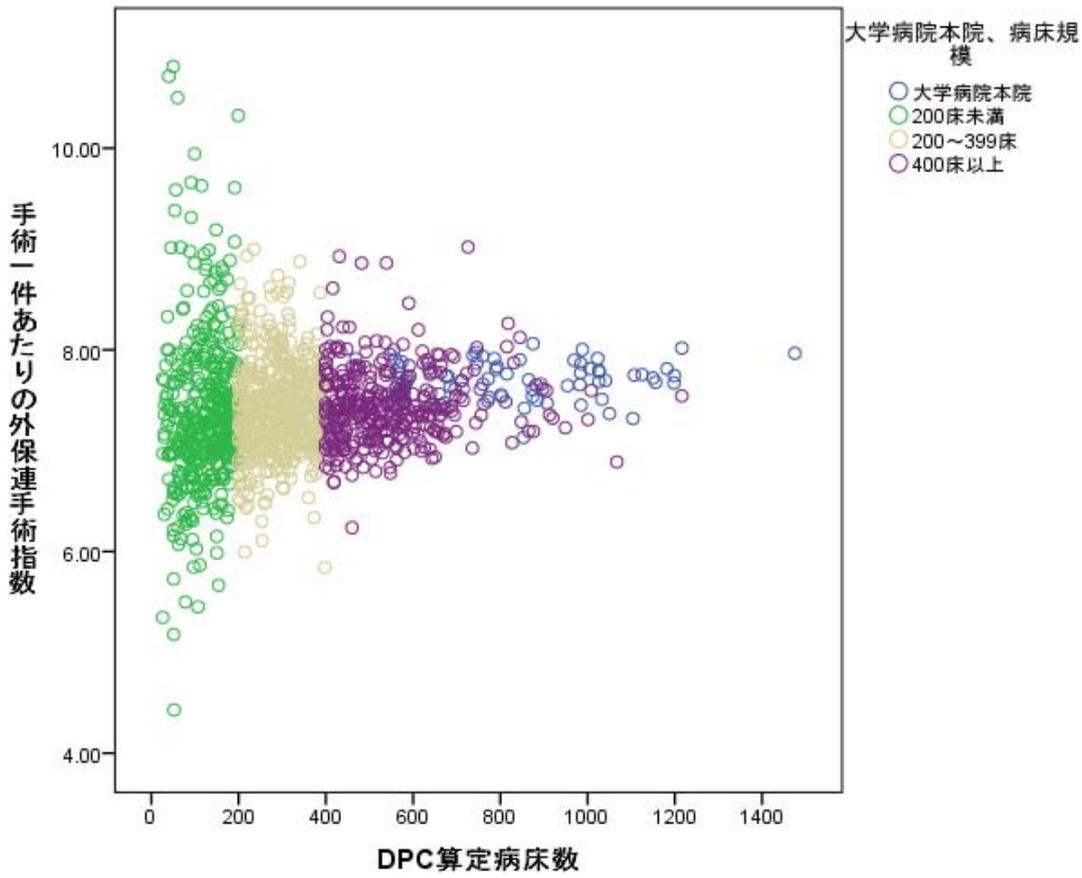


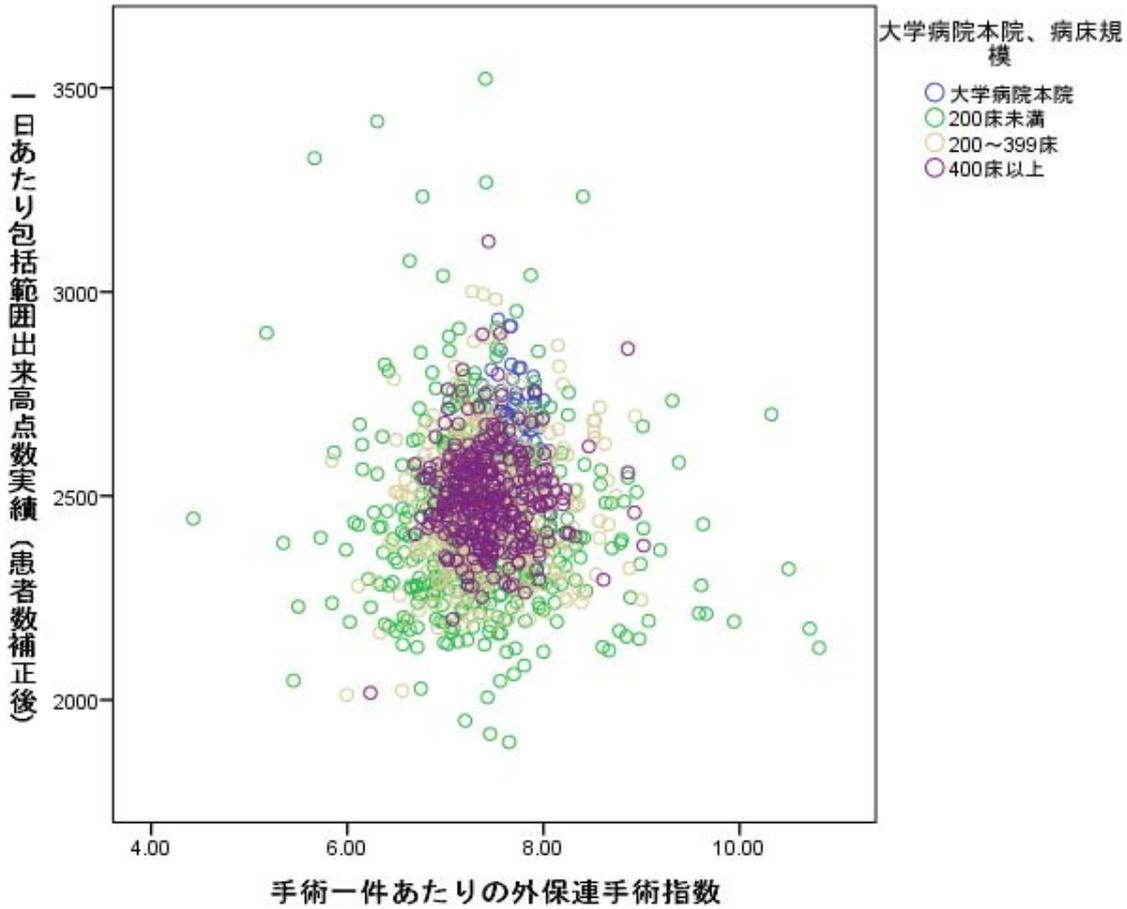
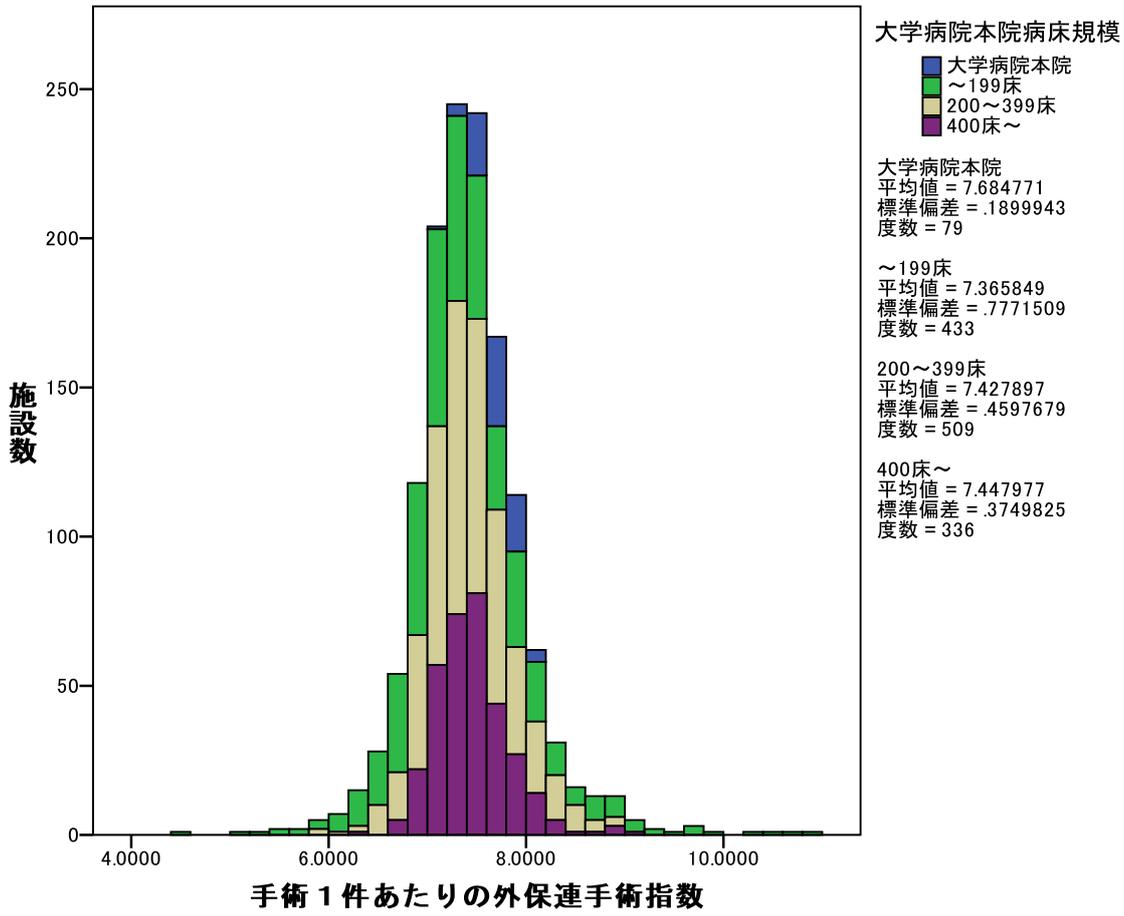
○「医師密度（免許取得後2年目以内）」



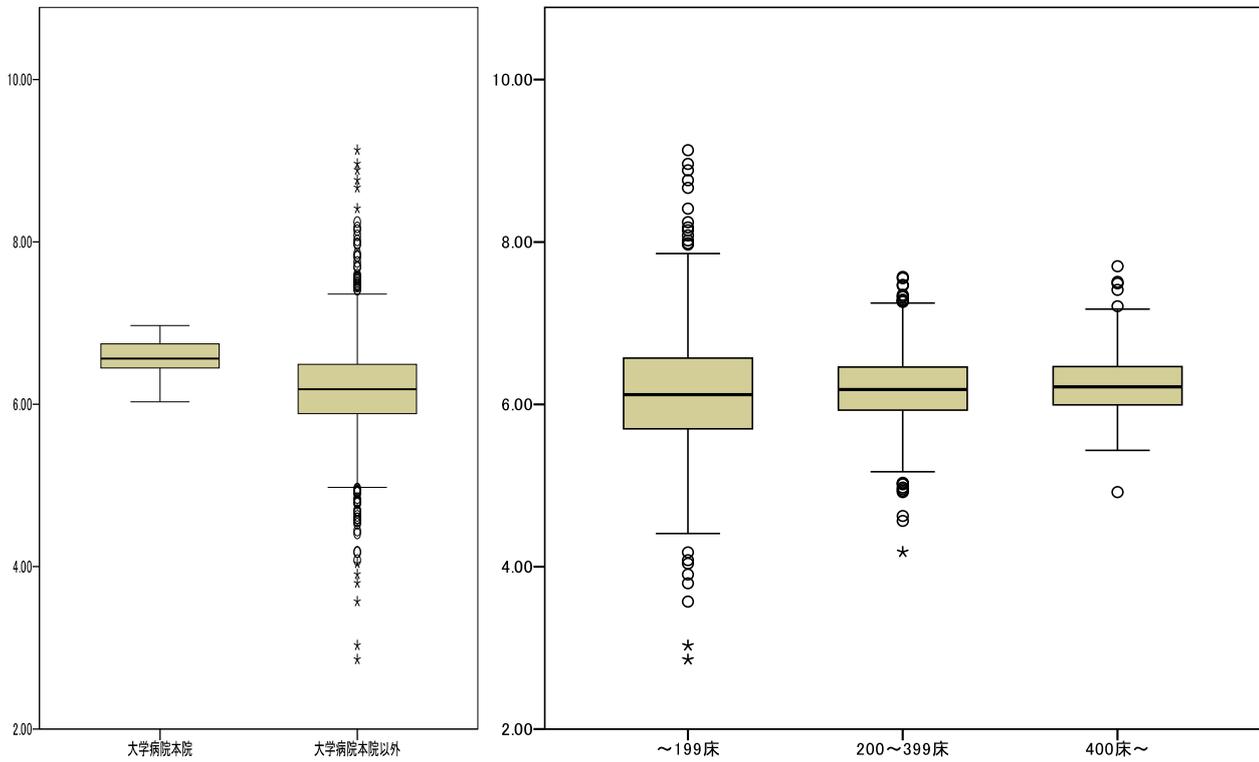
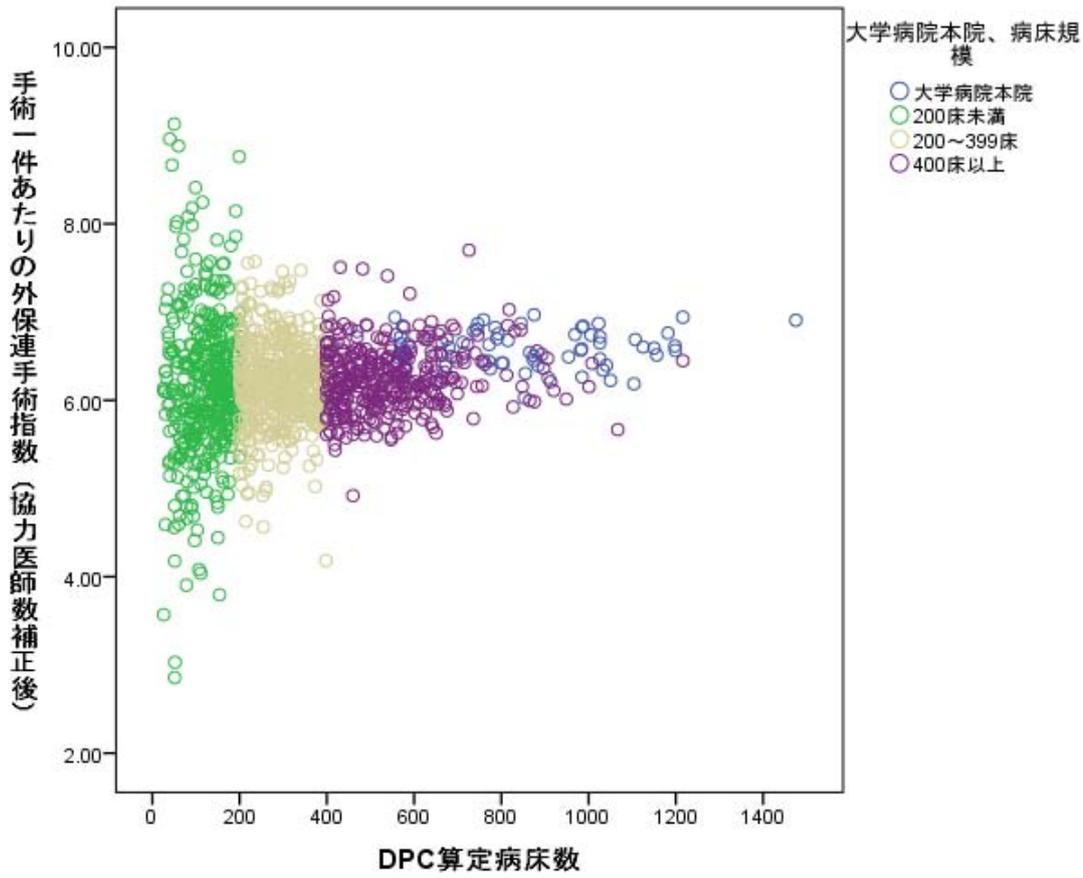


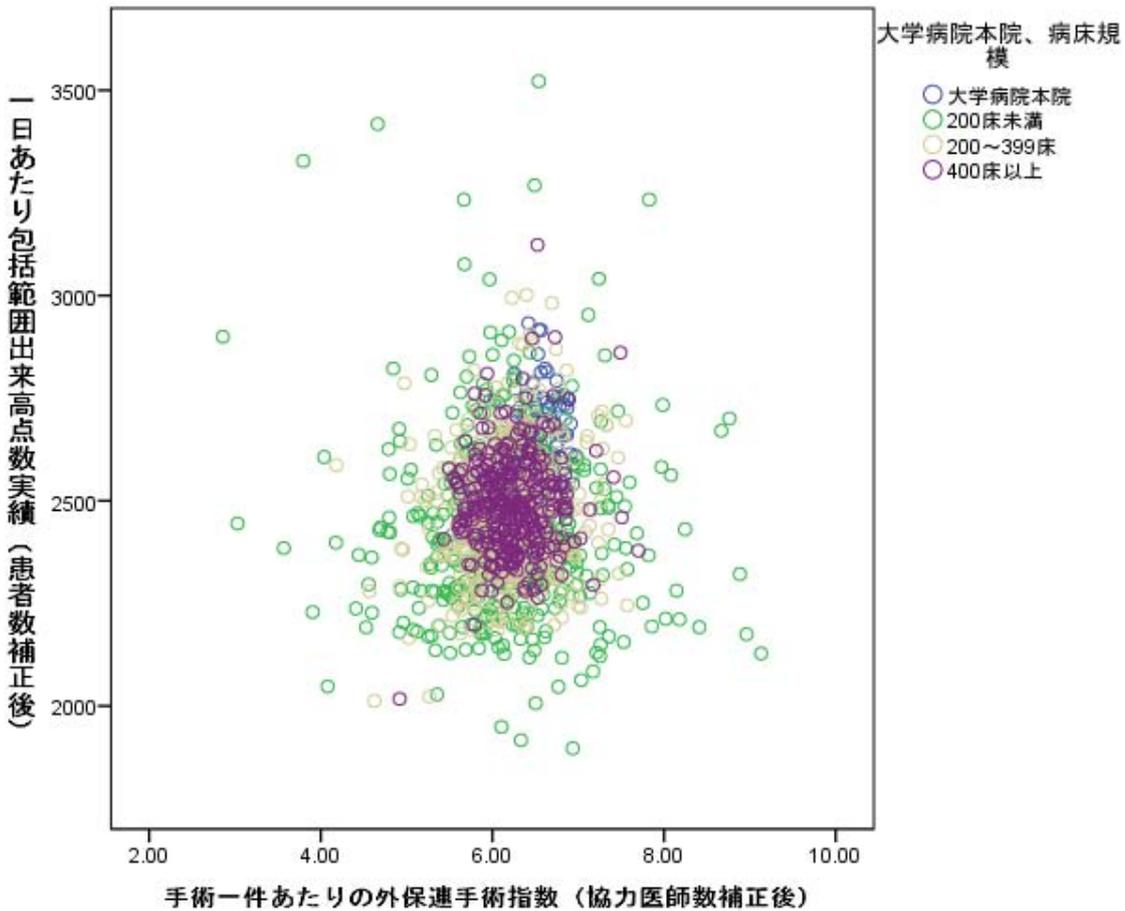
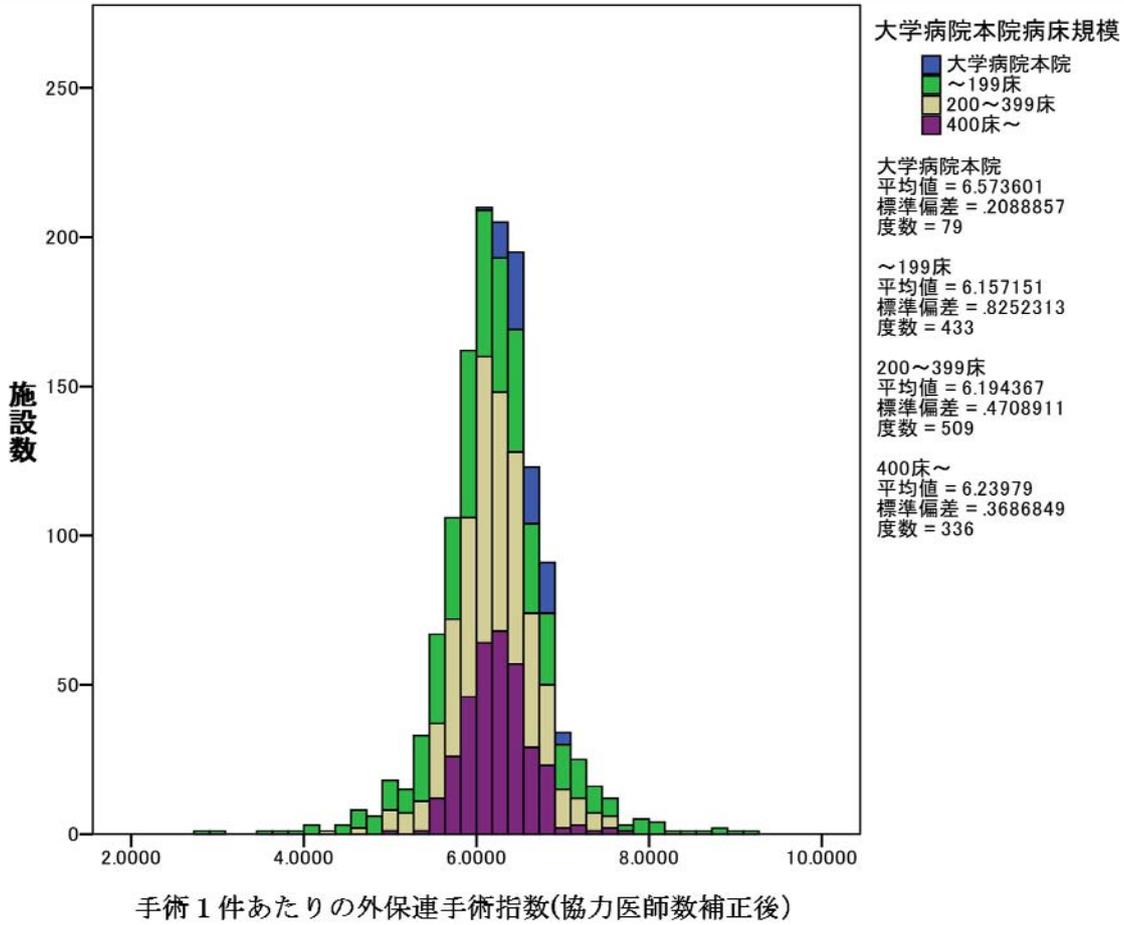
○「手術1件当たりの外保連手術指数」



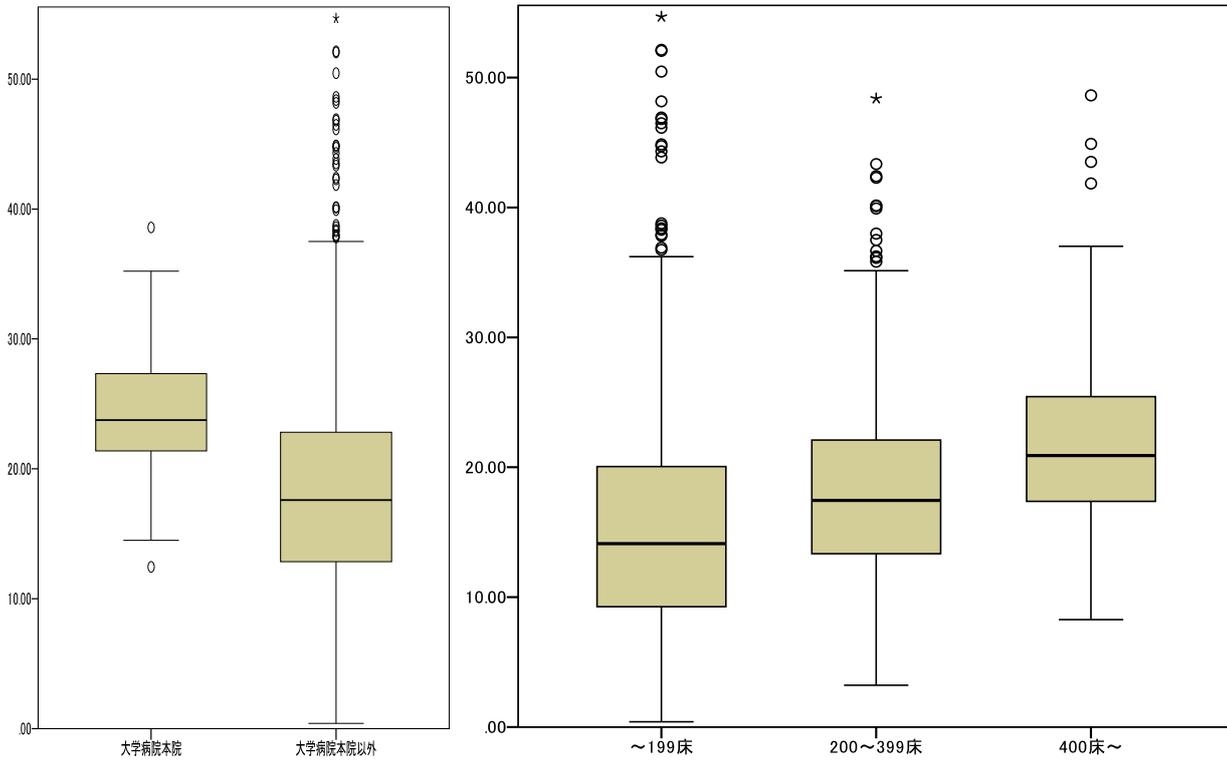
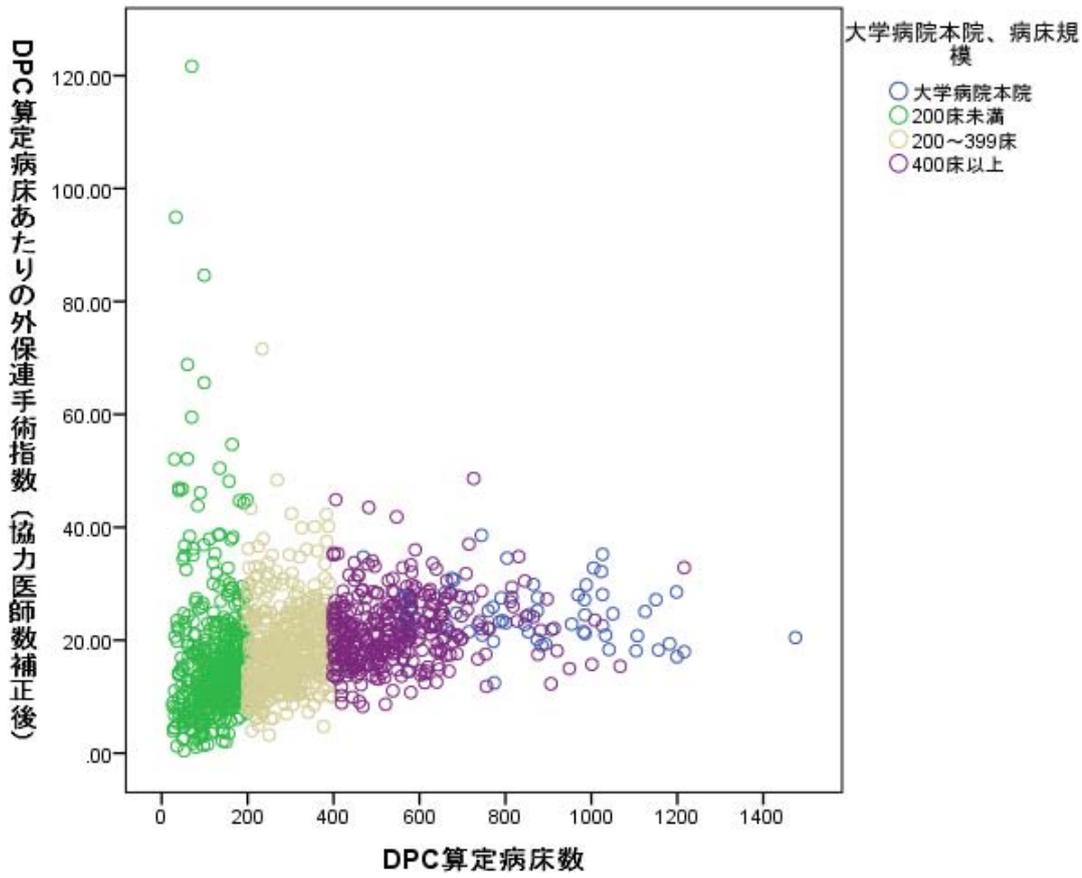


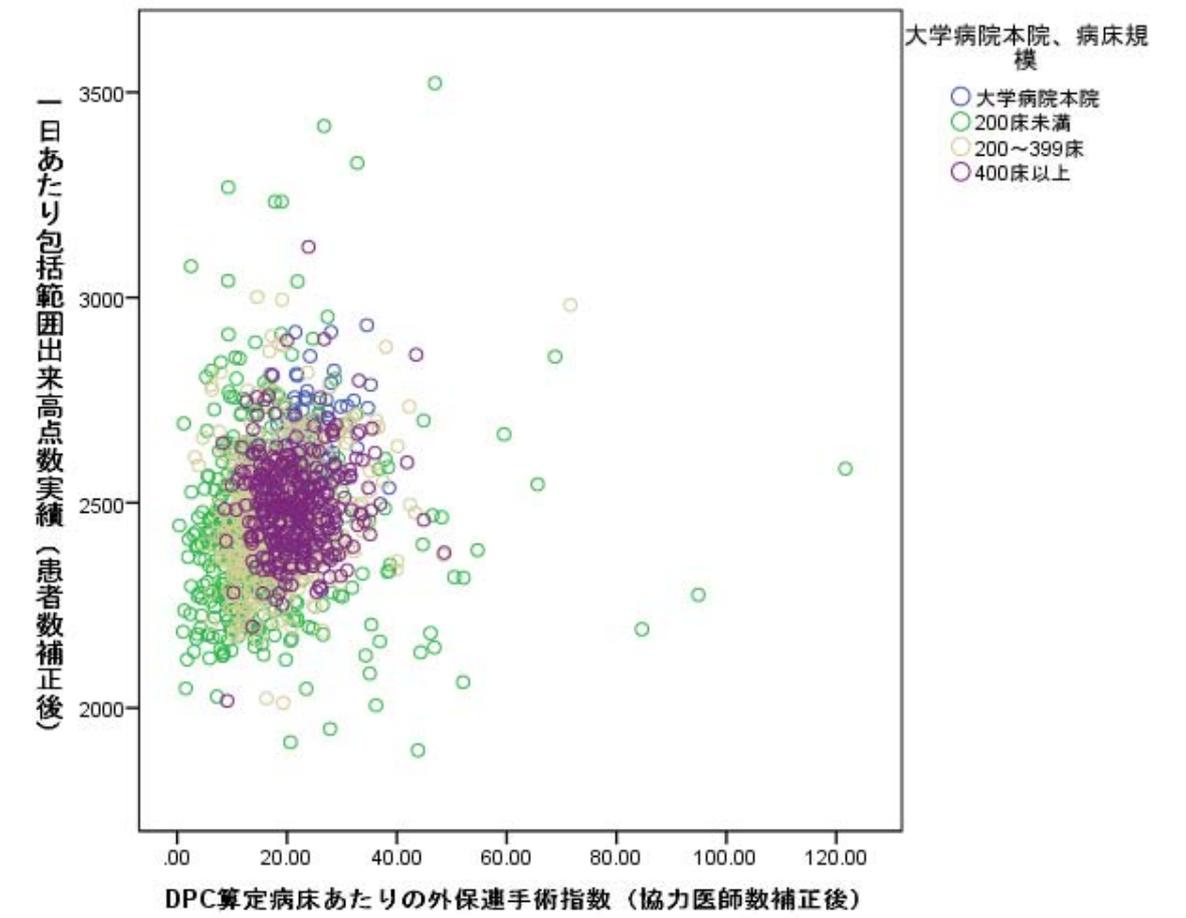
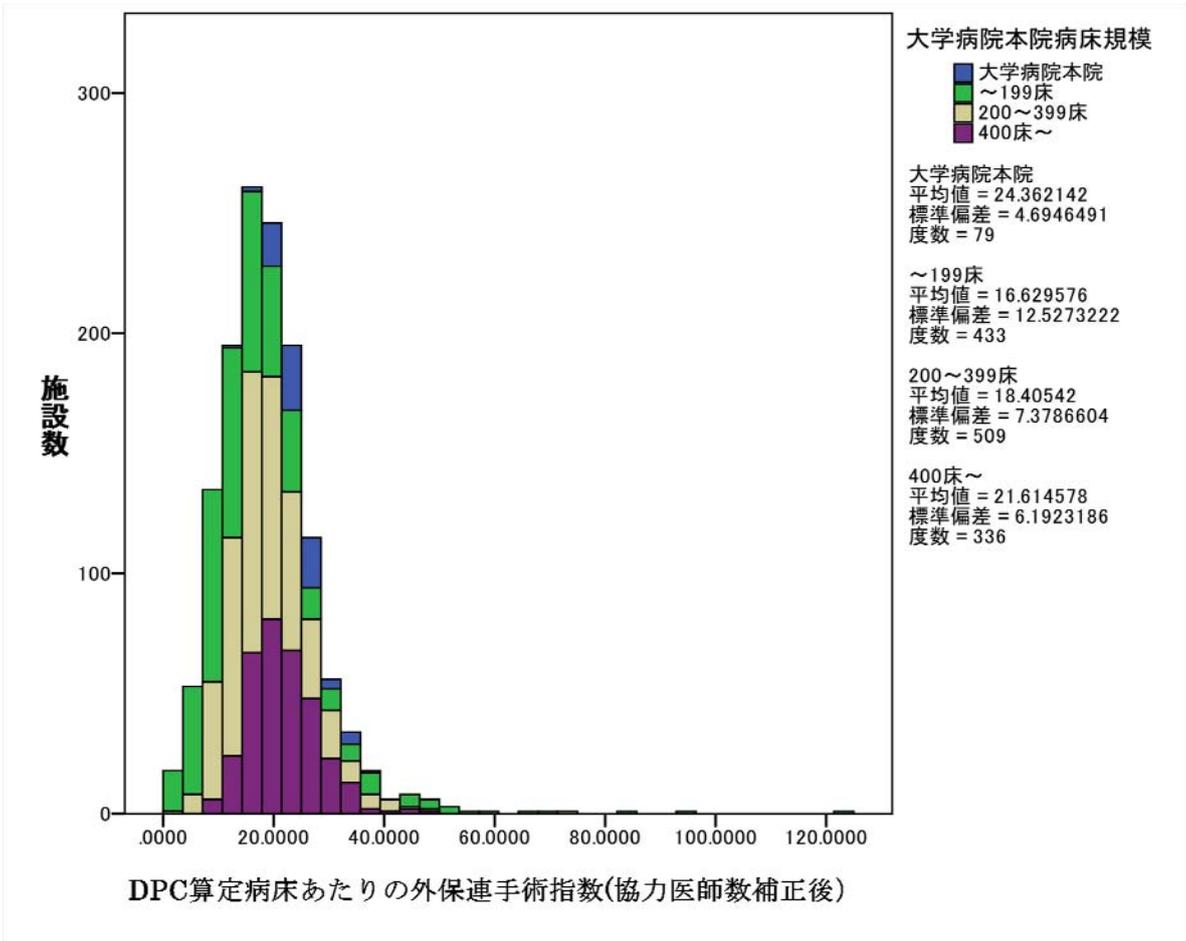
○「手術1件当たりの外保連手術指数（協力医師数補正後）」



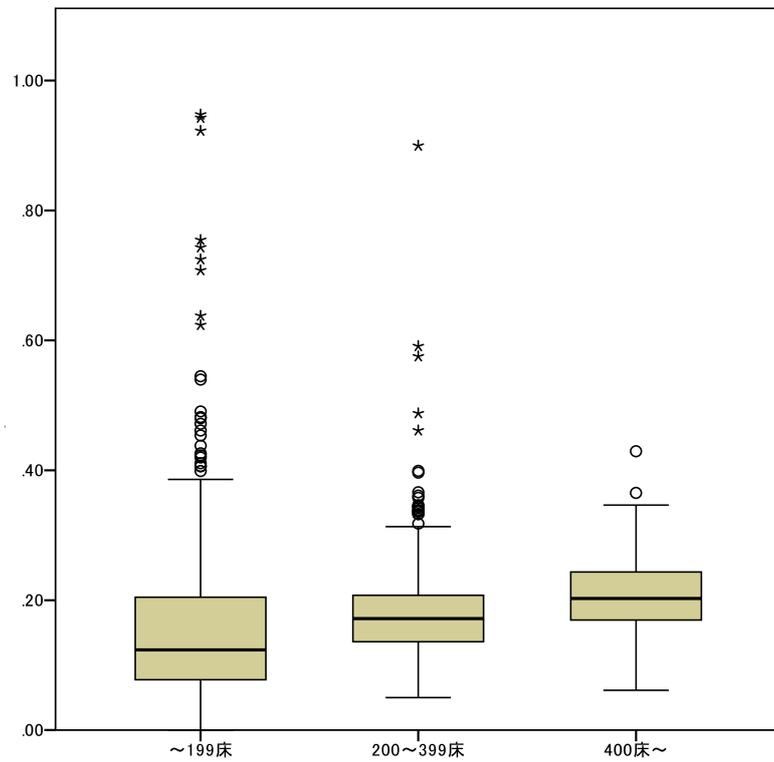
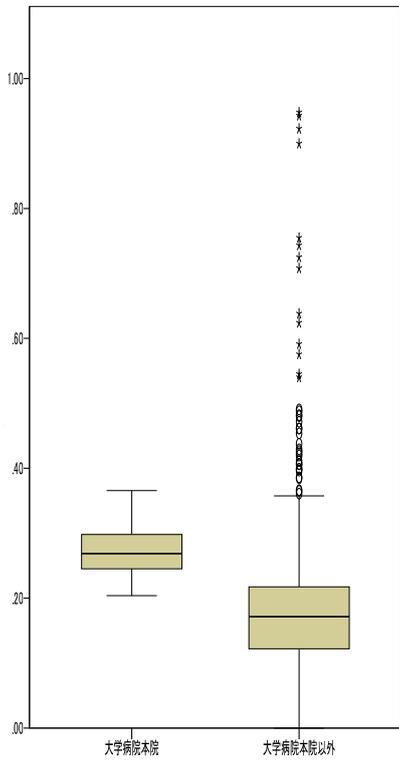
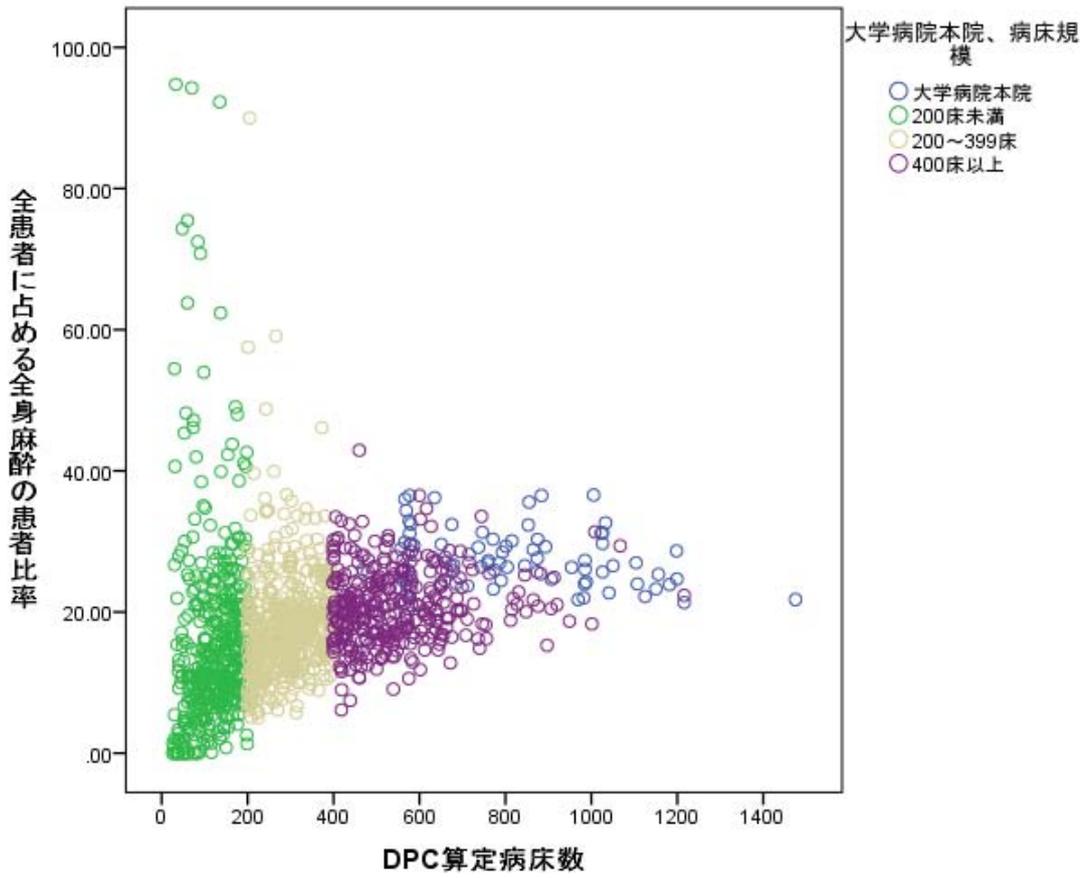


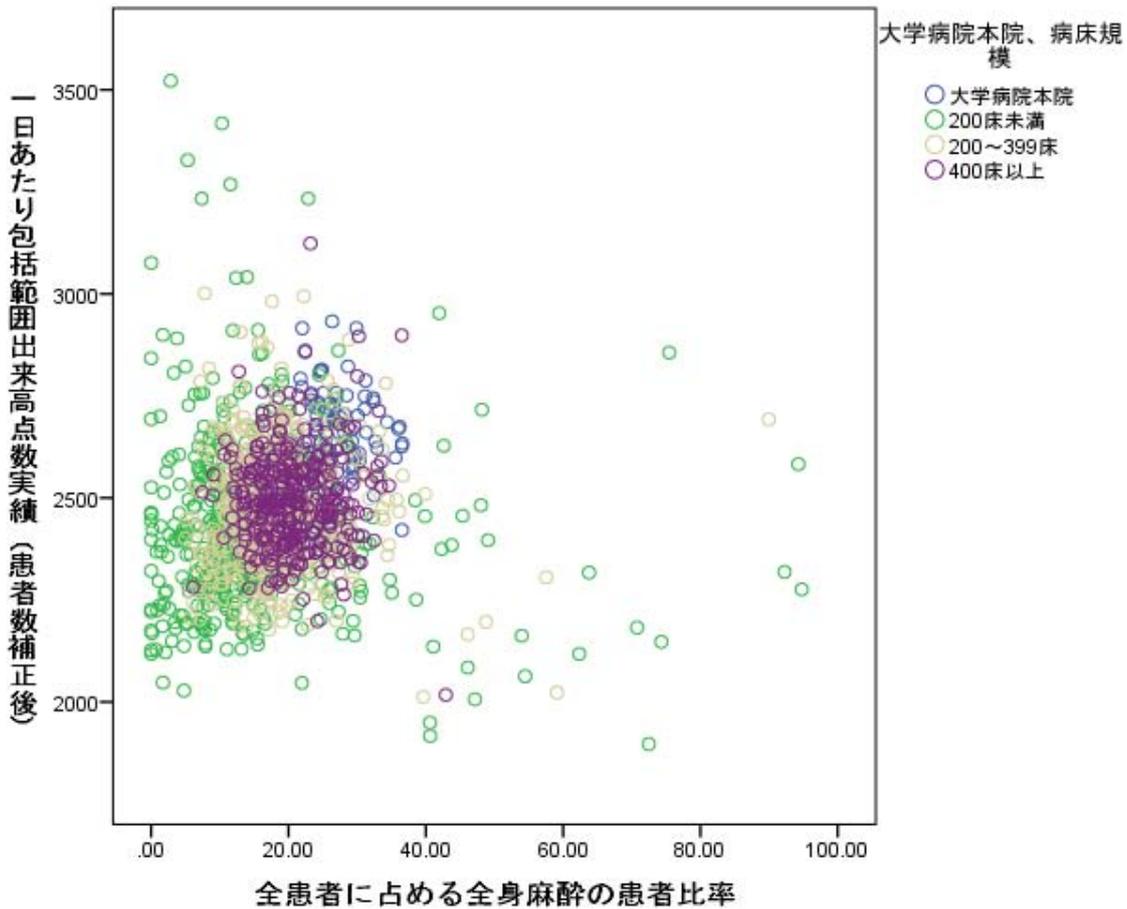
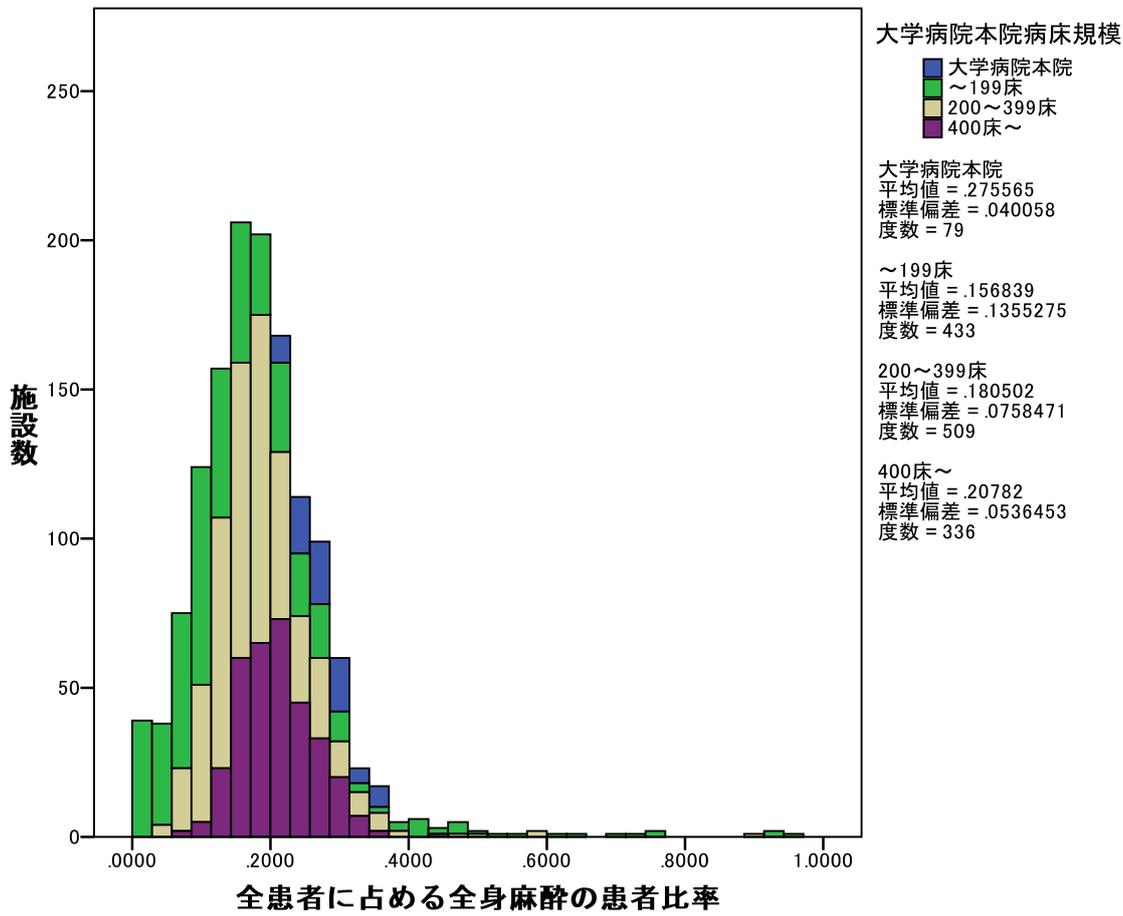
○「DPC 算定病床当たりの外保連手術指数（協力医師数補正後）」



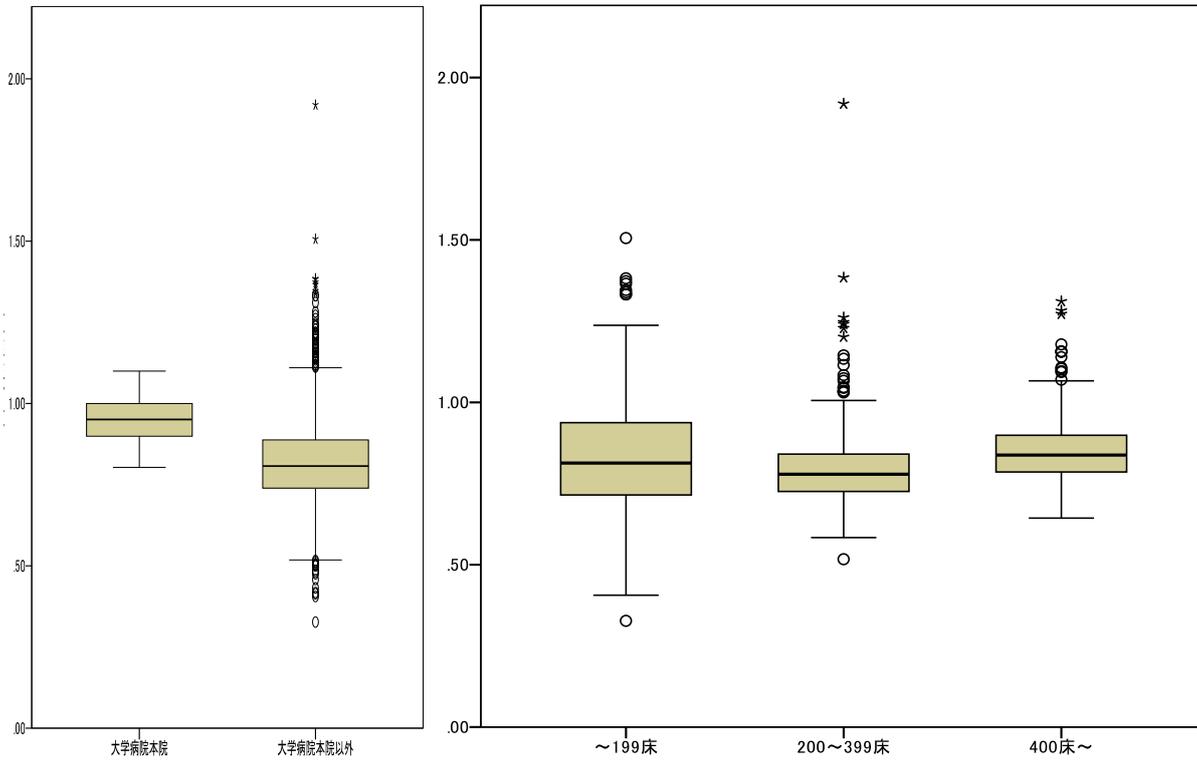
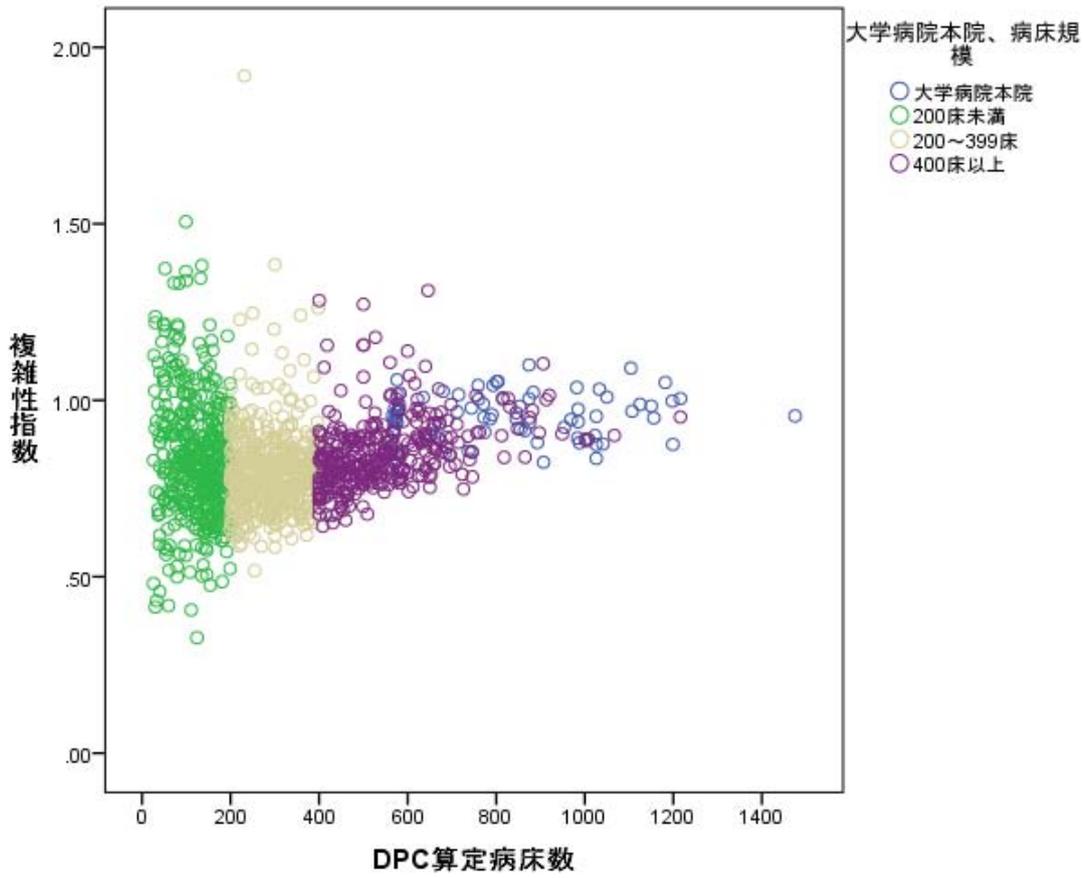


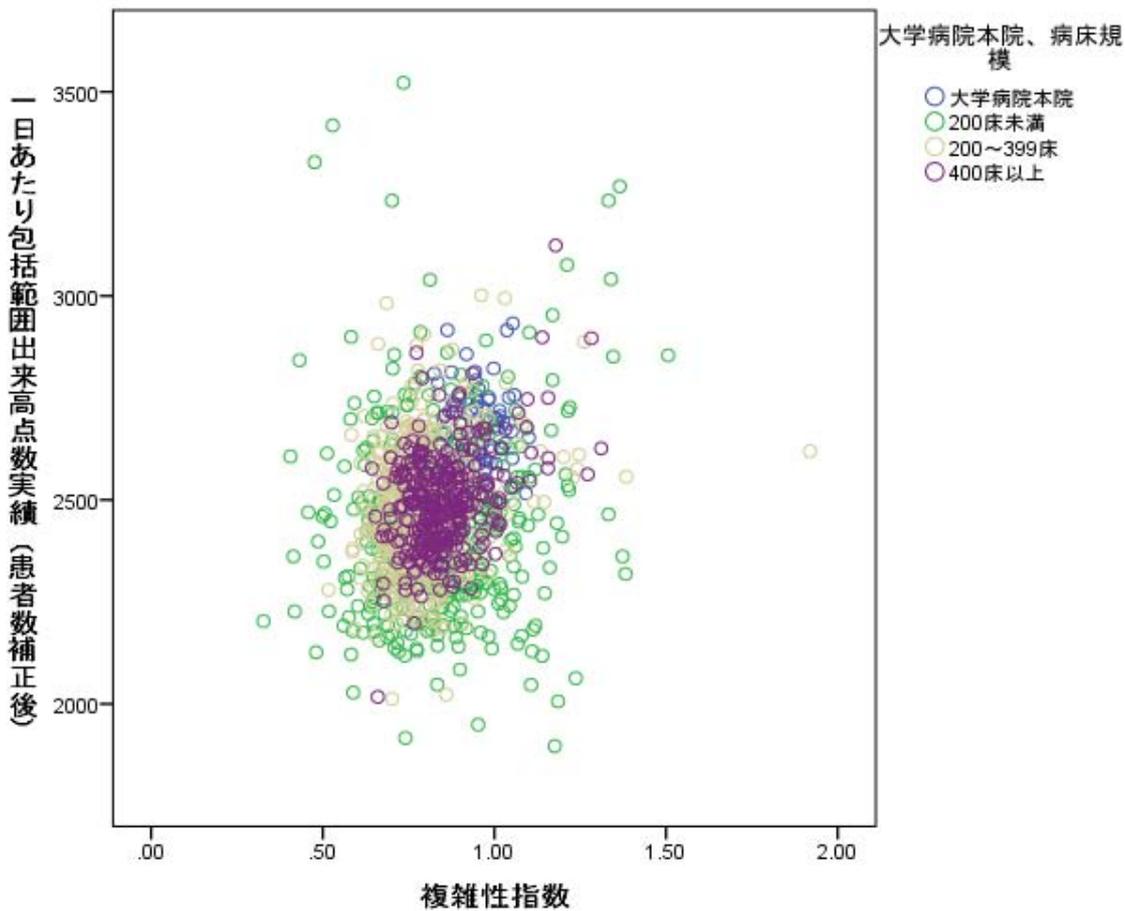
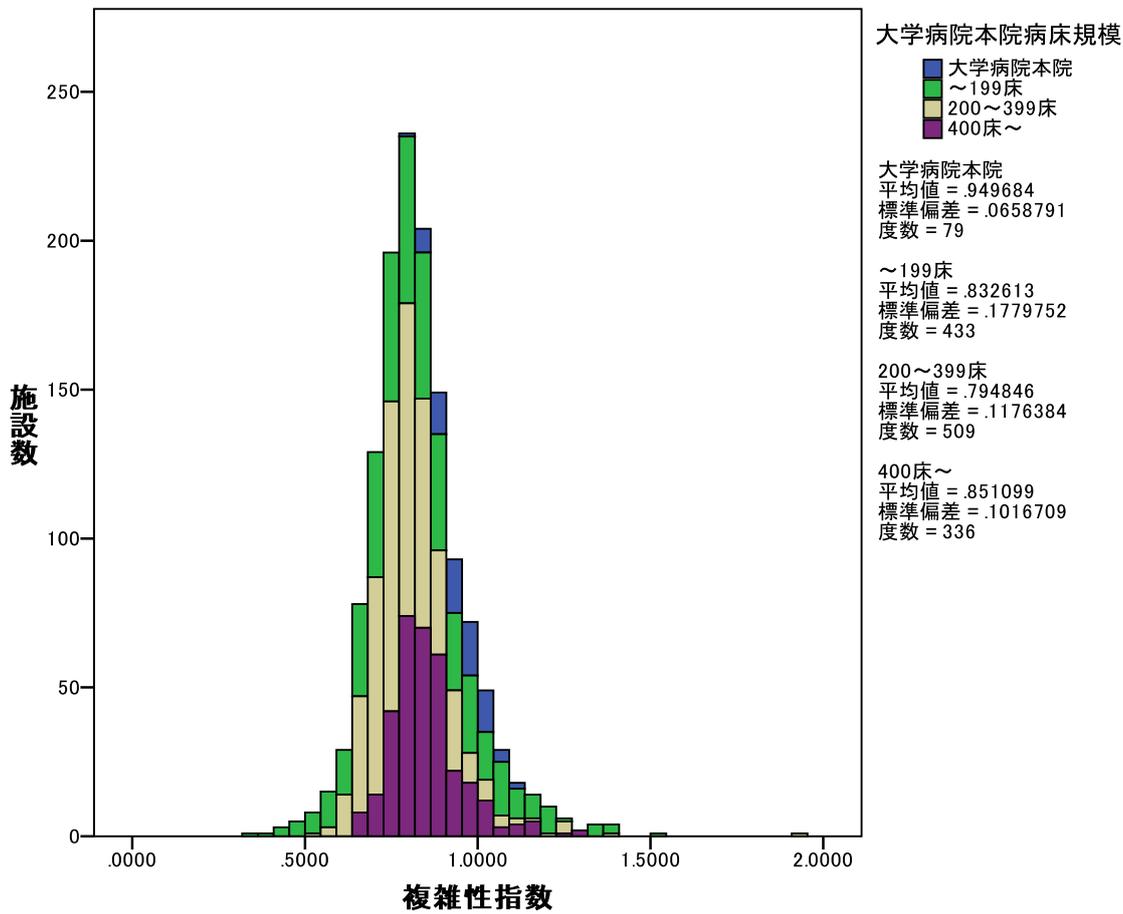
○「全身麻酔の患者比率」



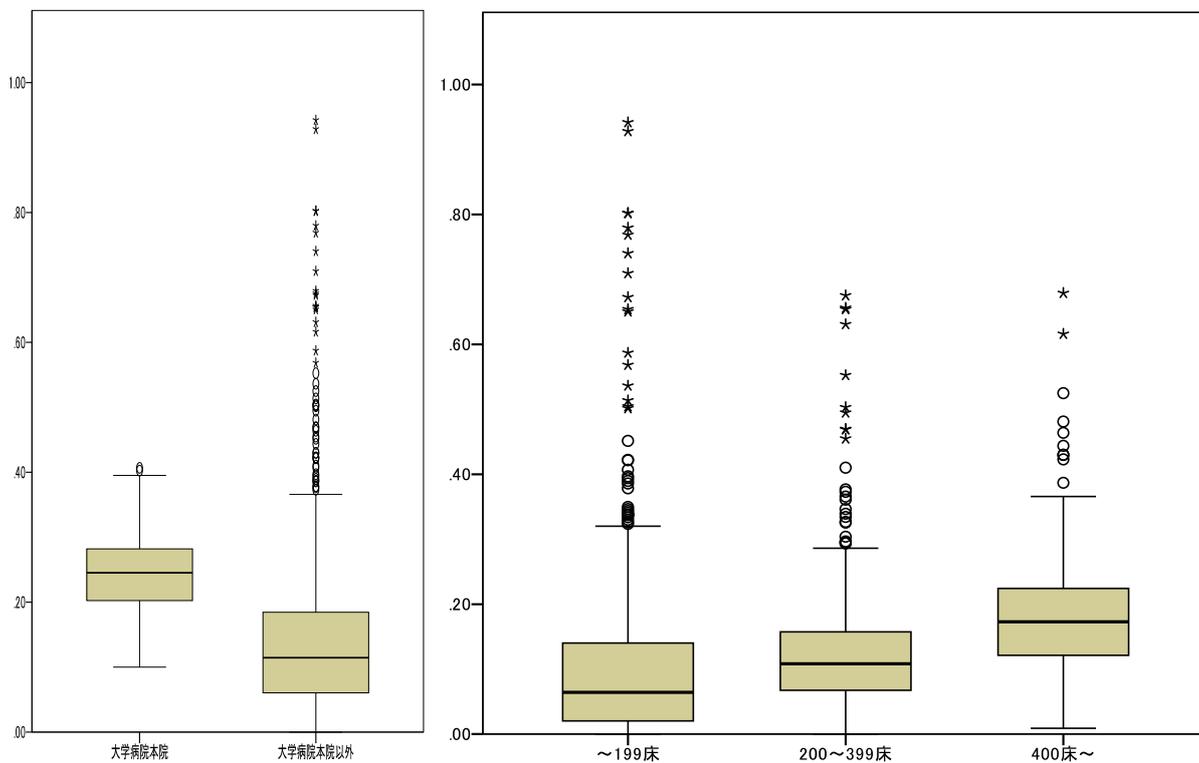
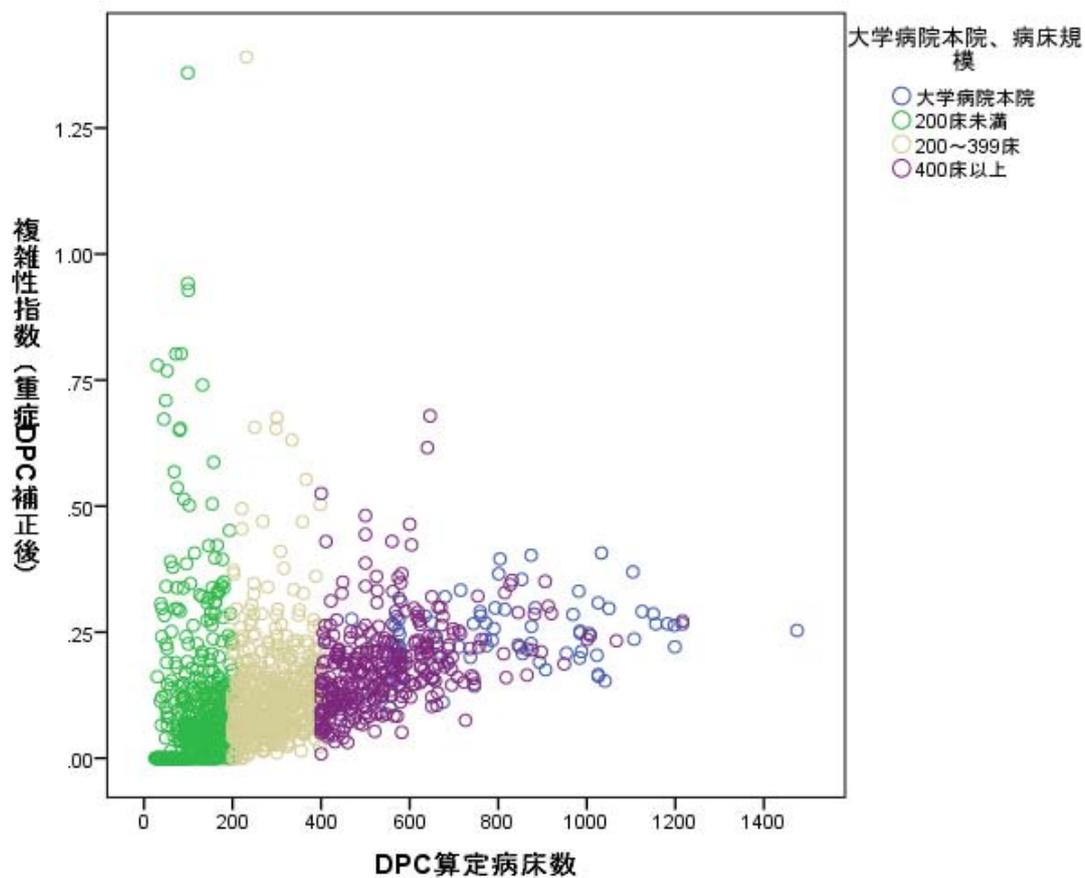


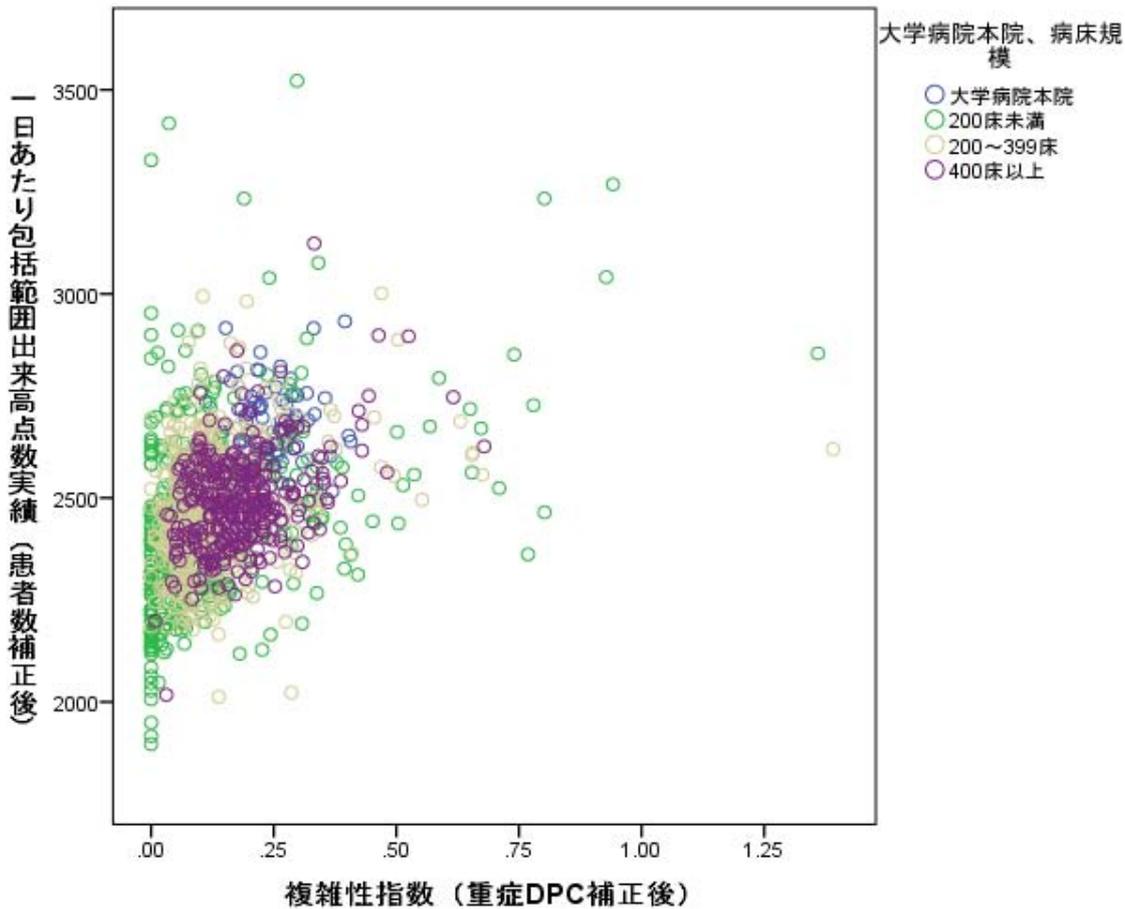
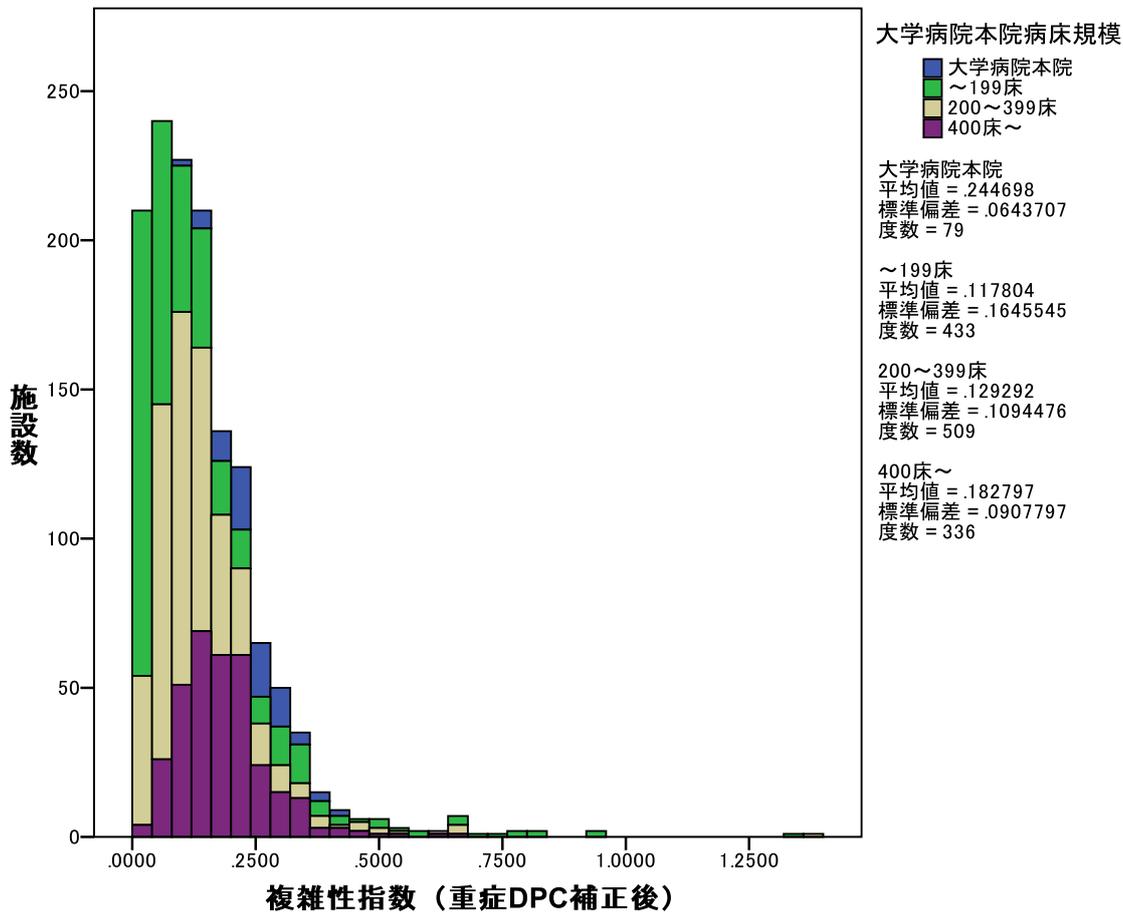
○ 複雑性指数



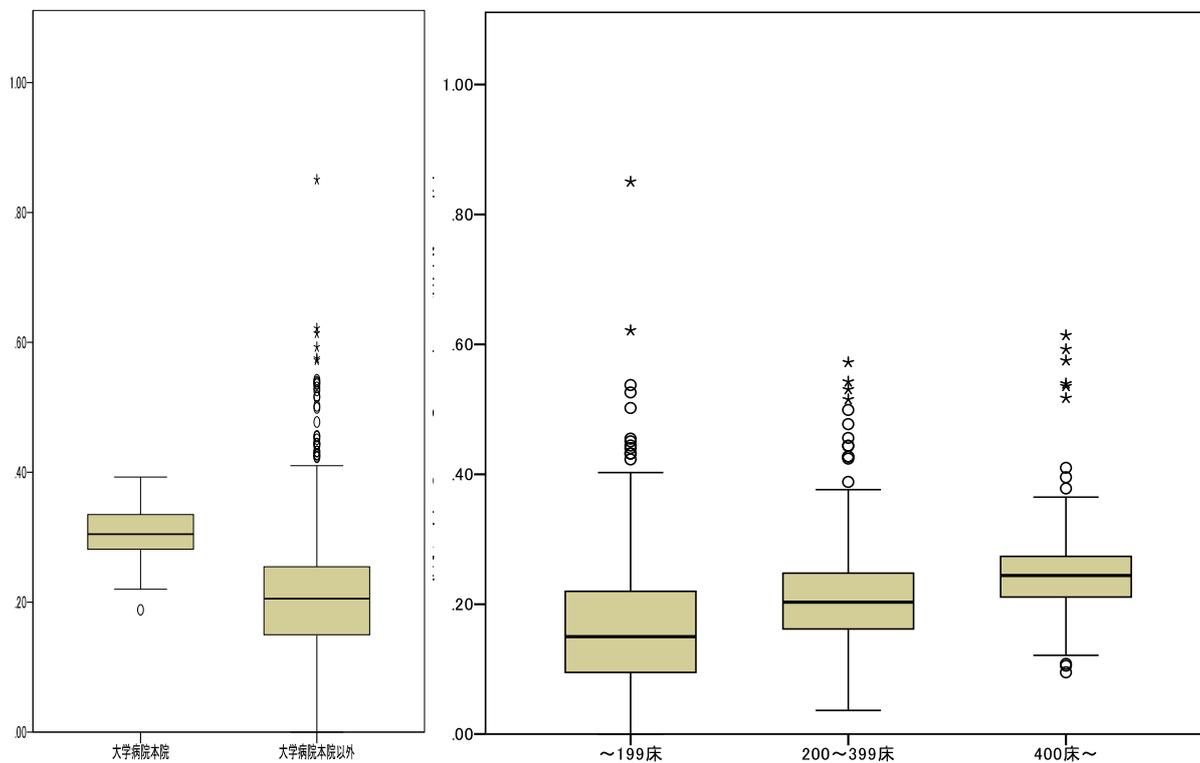
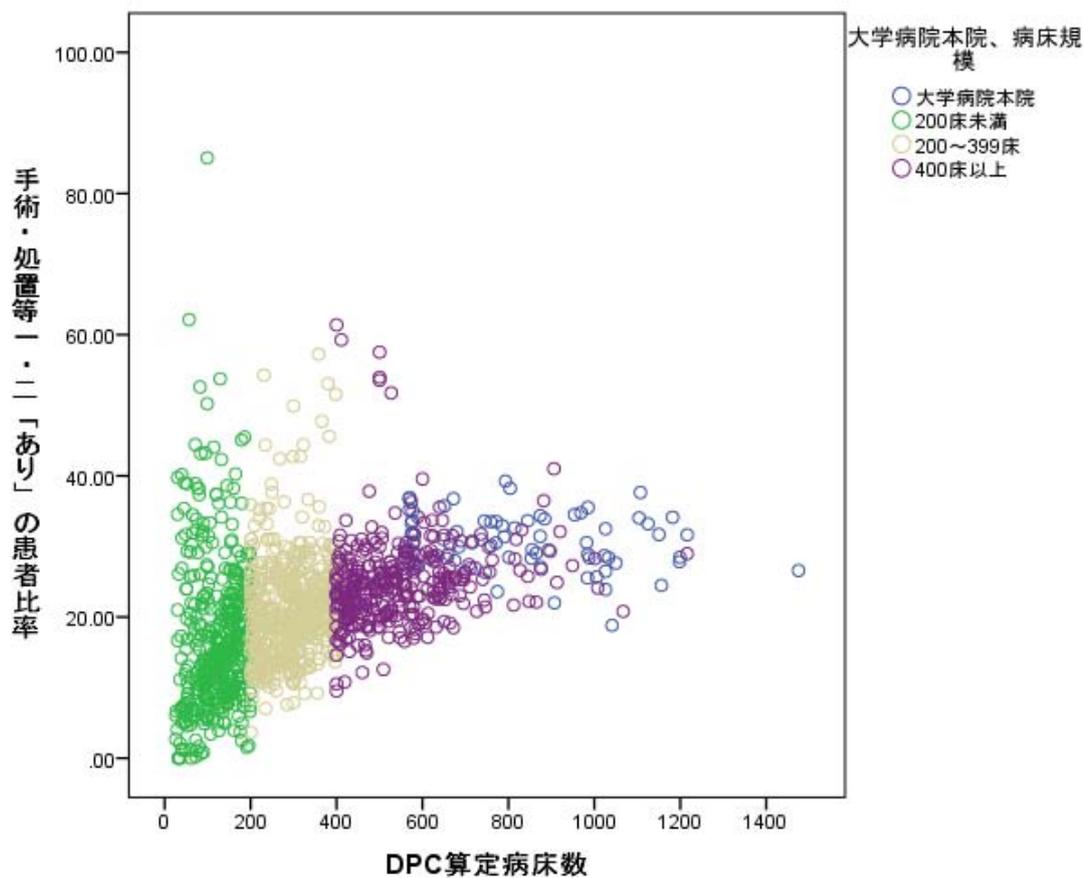


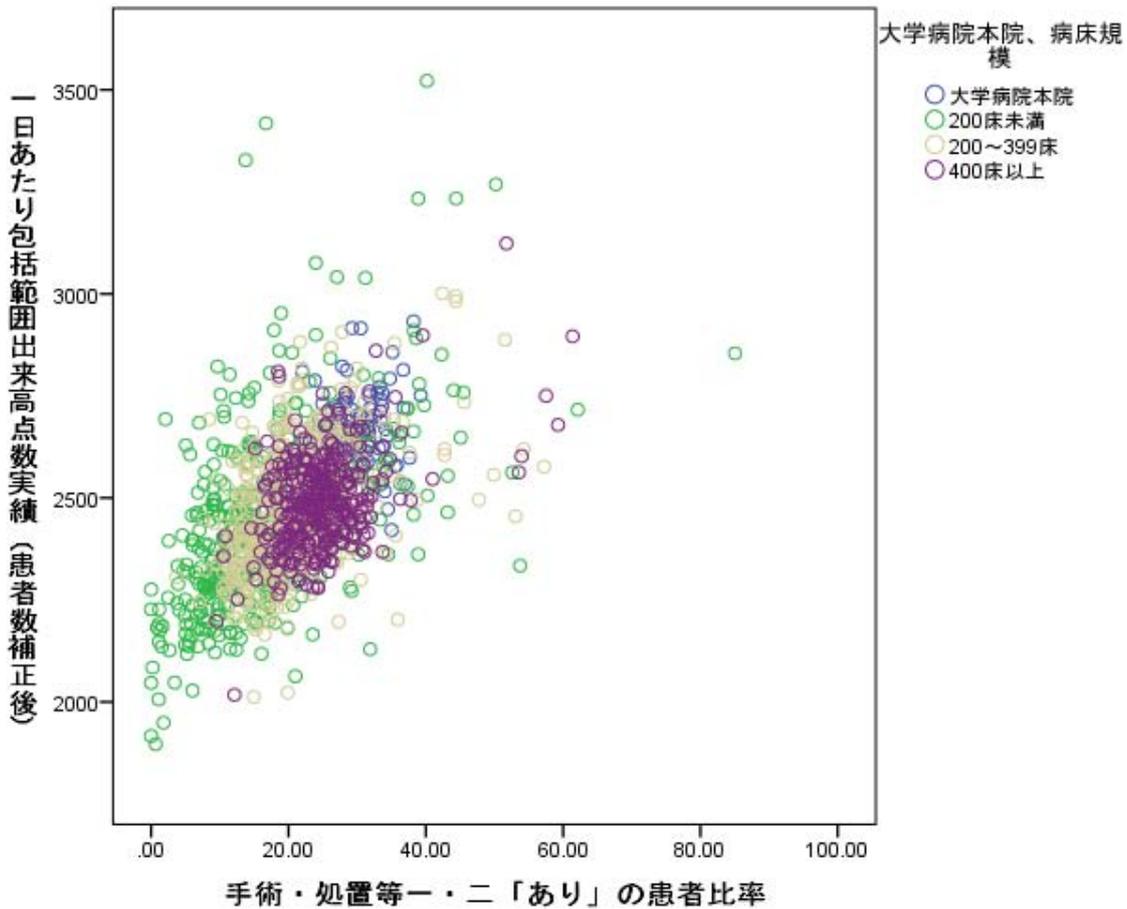
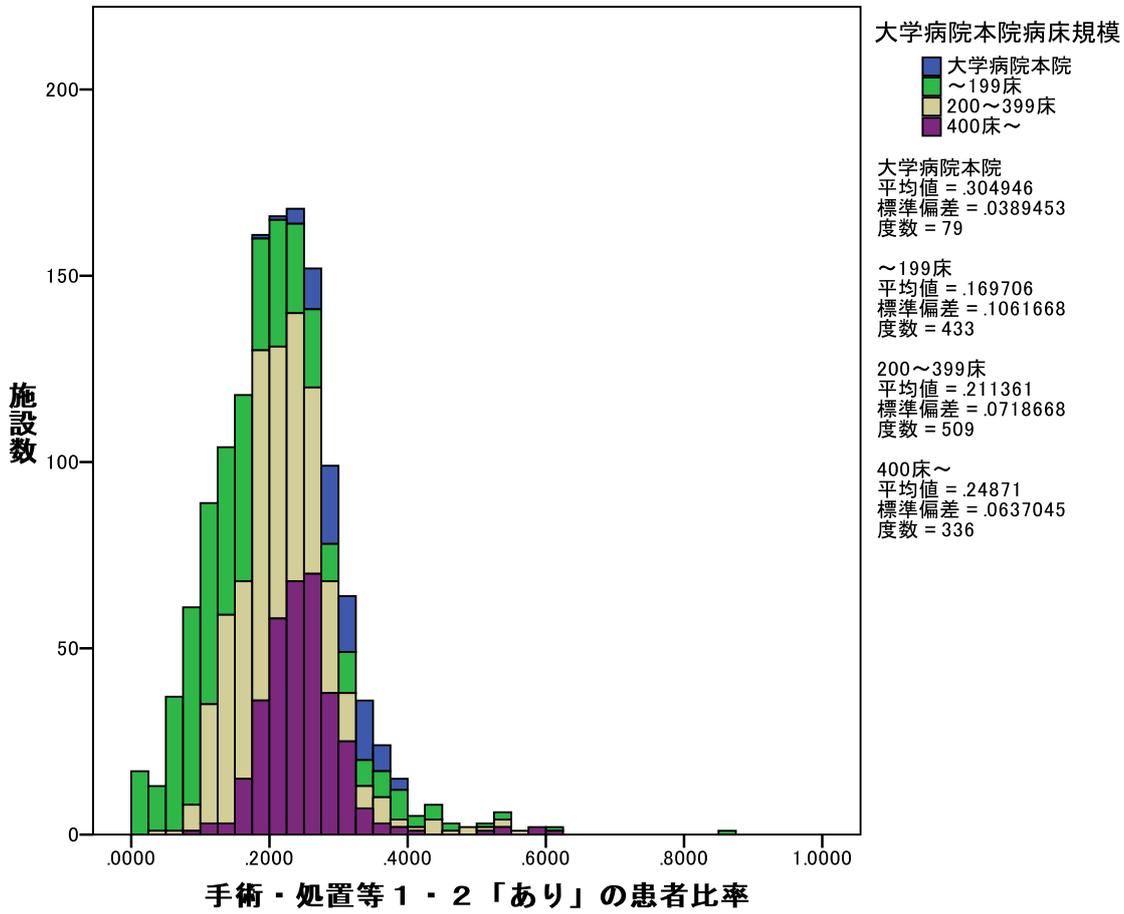
○ 複雑性指数（重症 DPC 補正後）





○ 手術処置等1・2「あり」の患者比率





DPC 制度（DPC/PDPS）に係るこれまでの検討状況について（2）

（中間報告・その2）（案）

平成 23 年●月●日

診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会

分科会長 小山 信彌

1. 概要

- 平成 24 年改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS）の対応については、平成 23 年 9 月 7 日の中医協総会で了承された検討事項とスケジュールに基づき、以降の DPC 評価分科会において検討を進めることとされた。
- その後、計 3 回（平成 23 年 9 月 21 日、同年 10 月 14 日、同年 11 月 7 日）の DPC 評価分科会での検討を経て、平成 24 年改定において対応する、調整係数の見直しに係る以下の 2 つの事項に関する「今後の対応方針」について、一定の検討結果が取りまとめられたので、今回、中医協総会に報告する。
 - (1) 基礎係数設定のための医療機関群の具体化
 - (2) 機能評価係数Ⅱの具体化（見直しや追加を含む）

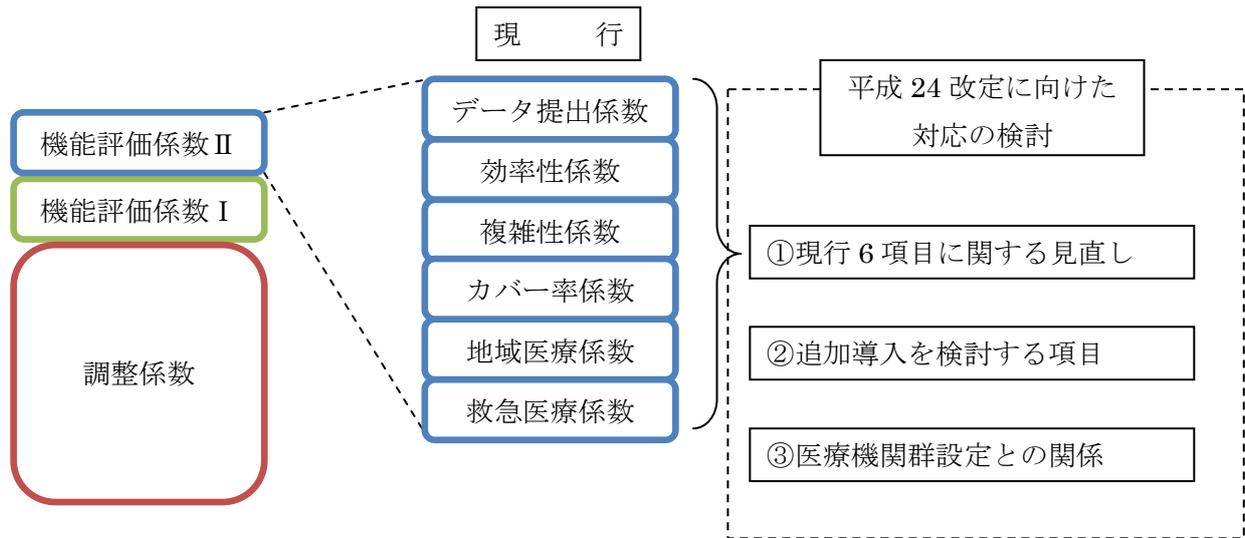
2. 検討結果の概要

- (1) 「基礎係数設定のための医療機関群の具体化」に関する今後の対応方針

資料 D-2-1、D-2-2（必要に応じて一部抜粋）に分科会での検討結果を加味して作成

(2) 「機能評価係数Ⅱの具体化（見直しや追加を含む）」に関する今後の対応方針

平成 22 年改定で導入された機能評価係数Ⅱ（現行 6 項目）について、次回改定でどのような見直しを検討すべきかについて、①現行 6 項目に関する見直し、②追加導入を検討する項目、③医療機関群設定との関係、の 3 つの視点から整理した「今後の対応方針」は以下の通り。なお、各項目の詳細な算出方法等については引き続き検討を行うものとする。



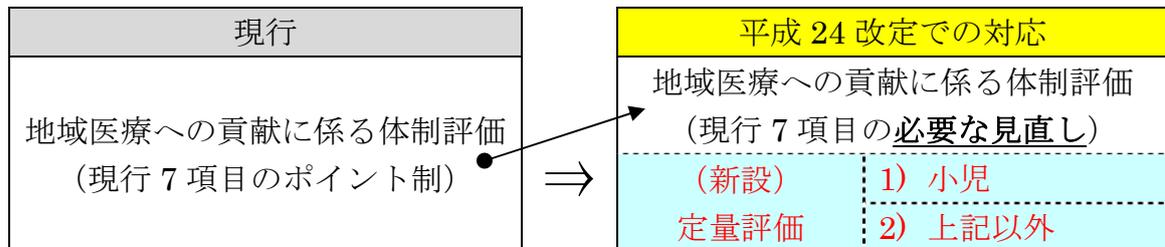
①現行 6 項目に関する見直し

- 1) 地域医療指数、救急医療係数、データ提出指数については、以下のような必要な見直しを行ってはどうか。

地域医療指数

- i) 地域で発生する患者に対する各病院のシェアを中心に、退院患者調査データを活用した地域医療への貢献の定量的評価を導入する（定量的な評価指標の追加）。
- ii) 地域医療計画等における一定の役割を評価する現行のポイント制についても現状を踏まえ必要な見直しを行う。

<評価のイメージ>



※ それぞれの重みづけについては、最終的に中医協総会で議論

救急医療係数

- i) 包括評価だけでは適正な評価が困難とされる救急医療提供への取組みを阻害しないためのメッセージとして、救急医療へのインセンティブを引き続き明示するという観点から、これまでの「救急医療係数」を「救急医療指数」(※)として引き続き評価する。

※ 救急医療指数については、各医療機関における救急医療の診療実績をそのまま反映する「指数」とし、報酬額を直接算出する「係数」としての取扱いは廃止する（「指数」の係数化については、各項目の重み付けの議論を含め、最終的に中医協総会において決定）。

- ii) 救急医療の体制に係る評価は地域医療指数の体制評価項目において対応する。

データ提出指数

- i) 提出データの質的指標（評価指標）について、コーディングの実態や臨床的な視点から更なる精緻化を行う。
- 2) 効率性指数、複雑性指数、カバー率指数については現行の評価方法を基本としてはどうか。

②追加導入を検討すべき項目

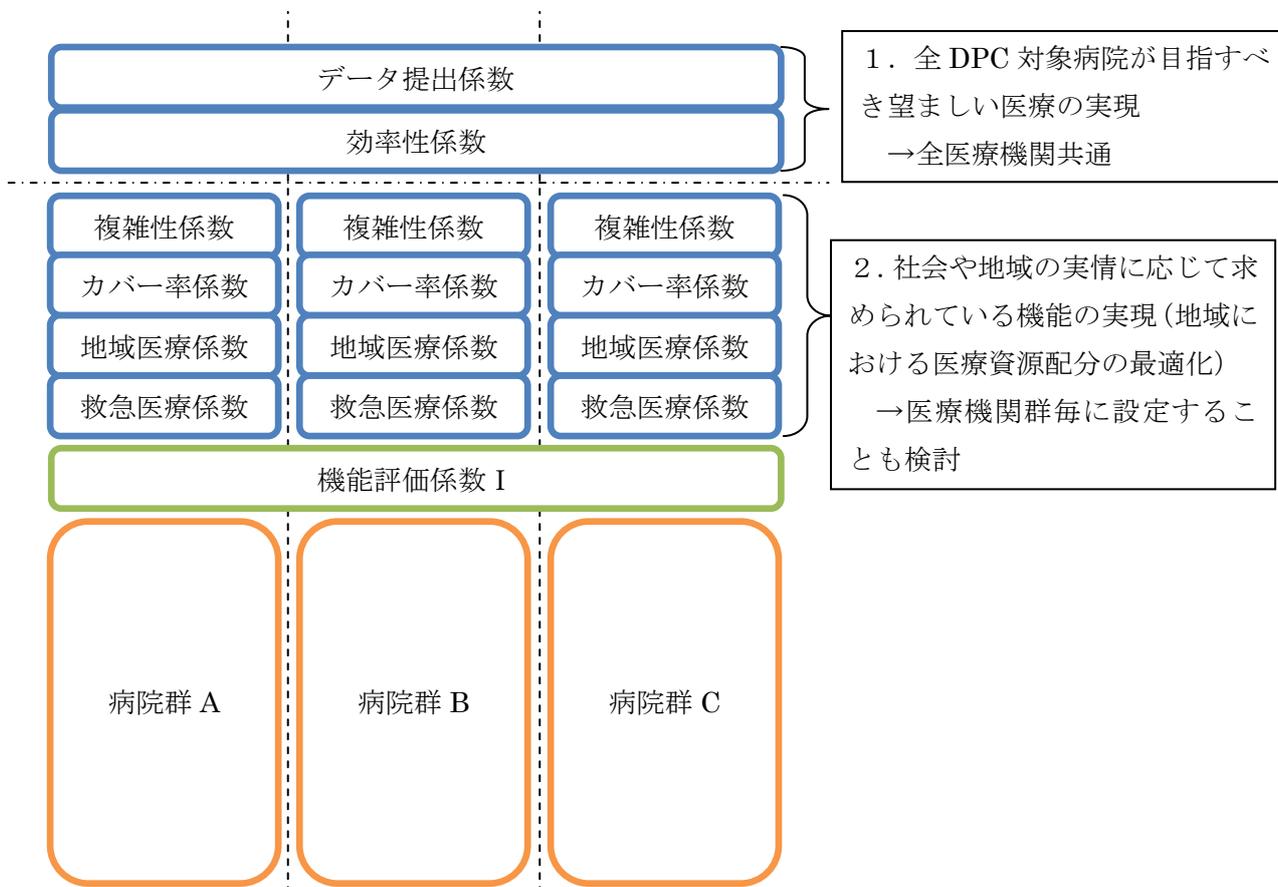
- 1) 「診療情報活用の評価」の導入について今後、検討してはどうか。

- 退院患者調査等のデータを活用し、病院自らが患者や住民に対して積極的に自施設の診療に関する追加的な情報も含めて情報を提供することにより、診療内容の透明化や改善の促進が期待できることから、これらの取組みをインセンティブとして評価することを検討してはどうか。
- なお、単に公表されているデータ等を一方的に提示するだけでは評価に値しないとの指摘や、公表の様式（フォーマット）も含めた適切な評価対象の設定が重要との指摘もあることから、平成24年改定では対応せず、今後継続して導入の是非や具体的な方法等も含めて検討を継続してはどうか。

③医療機関群設定との関係

- 1) 機能評価係数Ⅱ各指数の評価手法や評価基準の設定について、今後設定する医療機関群の特性を踏まえつつ、それぞれの指数に応じて、全医療機関共通とするものと医療機関群毎に設定するものに分けて設定してはどうか。

<医療機関群との関係に係るイメージ（3群の場合）>



3. 今後の検討作業

上記 2.に整理した「今後の対応方針」についての中医協総会での検討結果を踏まえた上で、引き続き、DPC/PDPS に係る平成 24 年改定での対応に向け、DPC 評価分科会において必要な検討作業を継続してはどうか。

平成 24 年改定に向けた DPC 制度に係る当面の対応について

1. 要旨

- 平成 24 年改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS）の対応については、平成 23 年 9 月 7 日の中医協総会で了承された検討事項とスケジュールに従い、現在 DPC 評価分科会において検討を進めているところ【平成 23 年 9 月 7 日中医協 総-3-1】。
- 上記の対応の中で、平成 23 年の年明けに実施する具体的な報酬設定作業に必要なデータ等の範囲や入手手順について現時点で明確にした上で作業を継続する必要がある。

2. 具体的な対応手順（審議事項）

(1) 平成 24 年診療報酬改定で使用する退院患者調査データの範囲について

DPC/PDPS の改定対応では、退院患者調査の集計に基づき、診断群分類点数表、医療機関別係数（暫定基礎（調整）係数・機能評価係数Ⅰ・Ⅱ）を見直している。

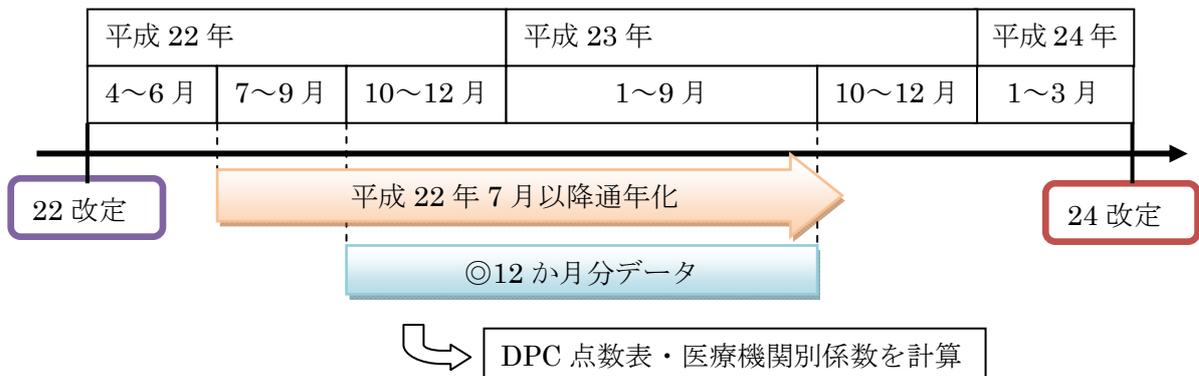
これらに活用するデータベースの構築には、医療機関からデータ提出を得て、データ・クリーニングや統計処理、その後の係数告示事務手続き等に一定の事務処理期間を要するため、平成 24 年改定については、平成 23 年 9 月末までの退院患者分とすることかどうか。

(2) 各施設の医療機関別係数設定に必要な実績等調査（届出）について

- ① 機能評価係数Ⅱの改定対応については、平成 24 年改定での対応方針（D-3）を前提とすれば、上記(1)の退院患者調査データに加え、平成 23 年の 12 月末までには各医療機関・各都道府県・各厚生局に実績状況等の照会を行い、回答を得る必要がある。

<参考>平成 24 年診療報酬改定で使用する退院患者調査データの範囲
12 か月分データ（各年 10 月～翌年 9 月分）を使用。

[診療報酬改定に適用するデータのイメージ]



- ② 基礎係数（医療機関群）設定に係る実績調査についても①と同様、平成 24 年改定での対応方針案（D-3）を踏まえ、最終的な設定案に対応できるよう、各医療機関に対して臨床研修医師数を含む実績等の必要な調査について年内には回答を得る必要がある。このため、DPC 評価分科会での項目の検討の進捗を踏まえながら、現時点で確定している項目から順次調査に着手することとしてはどうか。