

DPC 制度（DPC/PDPS）に係るこれまでの検討状況について （中間報告・その２）

平成 23 年 11 月 18 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

I. 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、引き続き DPC 評価分科会において検討を進めることとされた。
- 以降、計 3 回（平成 23 年 9 月 21 日、同年 10 月 14 日、同年 11 月 7 日）の同分科会での検討を経て、平成 24 年改定での調整係数見直しに係る以下の事項に関する「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）

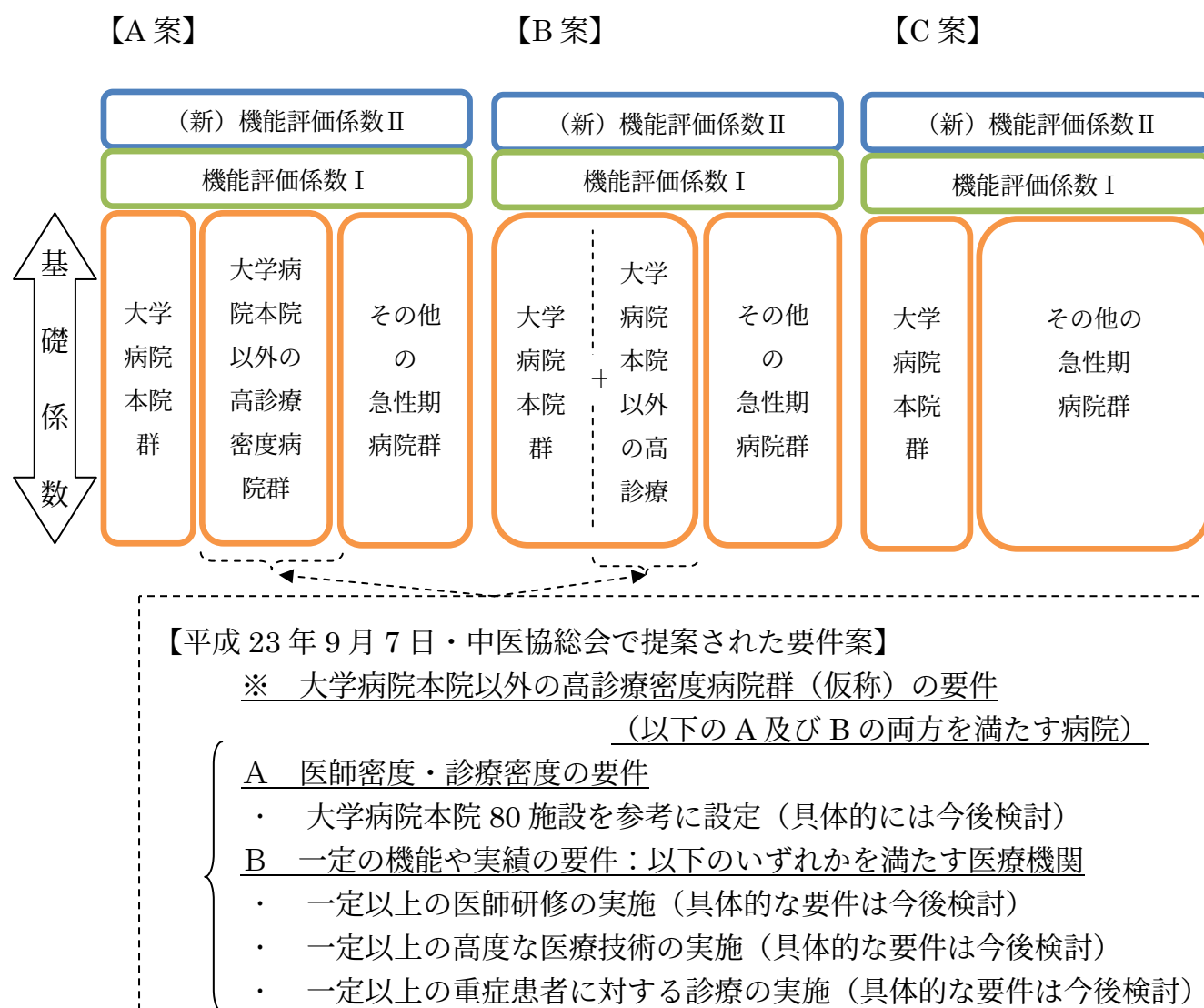
II. 検討結果

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

（１）前回報告（平成 23 年 9 月 7 日）時点での中医協での検討結果のまとめ（概要）

- 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、「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「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」についても一定の実績要件を設定する方向で検討。
- 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。

＜平成 23 年 9 月 7 日・中医協総会で了承された検討案及び同年 9 月 28 日・同総会での指摘を踏まえた検討案の概要＞



（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】

- 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。
- 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。

医師研修の実施	<u>臨床研修（いわゆる初期臨床研修）に限定</u> するとともに、 <u>研修施設の類型を加味</u> （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、 <u>医師配置を重点的に評価</u> するよう補正
重症患者に対する診療の実施	複雑性指数について、 <u>医師配置がより適切に反映</u> 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】

- 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「いずれか」ではなく「全て満たす」としてはどうか。

（3）最終的な大学病院本院以外の高診療密度病院群（仮称）の要件案

- （2）の整理を踏まえ、最終的な大学病院本院以外の高診療密度病院群（仮称）の具体的な要件を、下記のように整理してはどうか。

①概要

大学病院本院以外の高診療密度病院群（仮称）の要件

【最終案】以下の C-1～C-4 の全ての実績要件を満たす病院

- {

C-1 一定以上の診療密度

C-2 一定以上の医師研修の実施

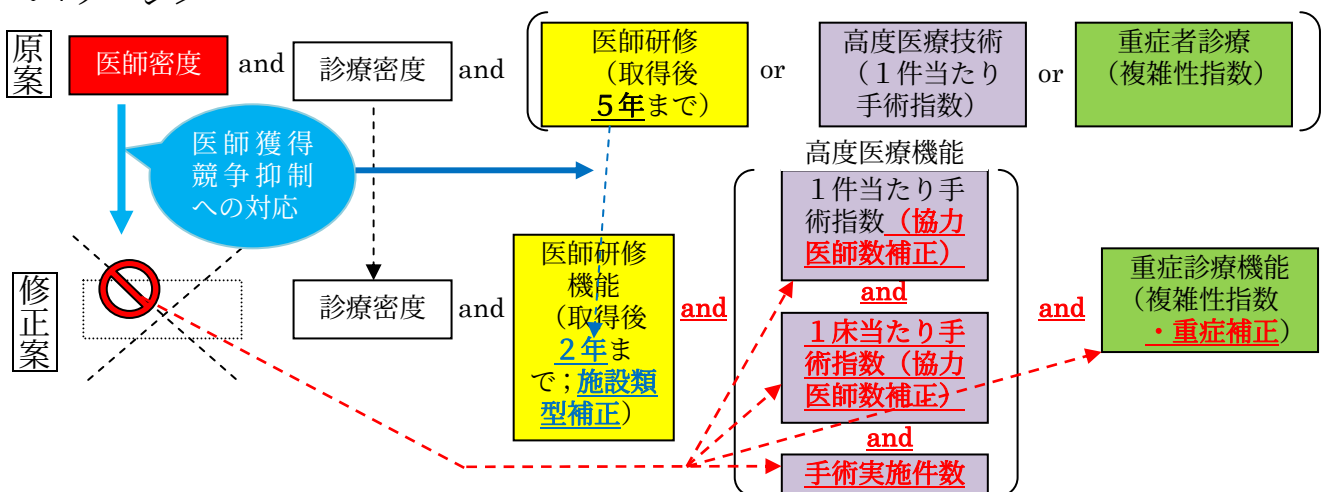
C-3 一定以上の高度な医療技術の実施

C-4 一定以上の重症患者に対する診療の実施

※ 各要件の基準値（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（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】（平成 23 年 9 月 7 日時点での考え方）		【最終案】
診療密度・ 医師密度要件	以下の <u>全て</u> を満たす	実績要件	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）	医師研修 （同左）	[C-2] <u>届出病床当たりの医師数</u> （免許取得後 <u>2 年目</u> まで）
実績要件	以下の <u>いずれか</u> を満たす	高度医療技術 （同左） ※右の 3 つを全て満たす	[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> ） [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> ） [C-3c] <u>手術実施件数</u>
医師研修 （医師研修の実施）	[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）	重症者診療 （同左）	[C-4] 複雑性指数（ <u>重症 DPC 補正後</u> ）
高度医療技術 （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		
重症者診療 （重症患者に対する診療の実施）	[B-3] 複雑性指数		

<イメージ>



②各要件の具体的指標と考え方

【実績要件 1 (C-1)】：診療密度

= [1 日当たり包括範囲出来高平均点数(全病院患者構成で補正; 外的要因補正)]

【実績要件 2 (C-2)】：医師研修の実施

= [届出病床 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)]

「届出病床 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

「臨床研修医師数(免許取得後 2 年目まで)」

- 単一指標で医師研修機能を表現するものとしては、臨床研修医(医師免許取得後 1~2 年目)といわゆる後期臨床研修医(医師免許取得後 3~5 年目)を合わせた、専門医取得前までの 5 年間の研修で評価することが妥当。
- その上で、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(代替可能)。
- 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。

【実績要件 3 (C-3)】：高度な医療技術の実施

= [次の 3 つを全て満たす;

(C-3a): 手術 1 件あたりの外保連手術指数(協力医師数補正後)

(C-3b): DPC 算定病床当たりの同指数(協力医師数補正後)

(C-3c): 手術実施件数]

「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)。

「DPC 算定病床当たりの同指数（補正後）(C-3b)」及び「手術実施件数(C-3c)」

- 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）。

【実績要件 4 (C-4)】：重症患者に対する診療の実施

＝ 「複雑性指数（重症 DPC 補正後）」

「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。

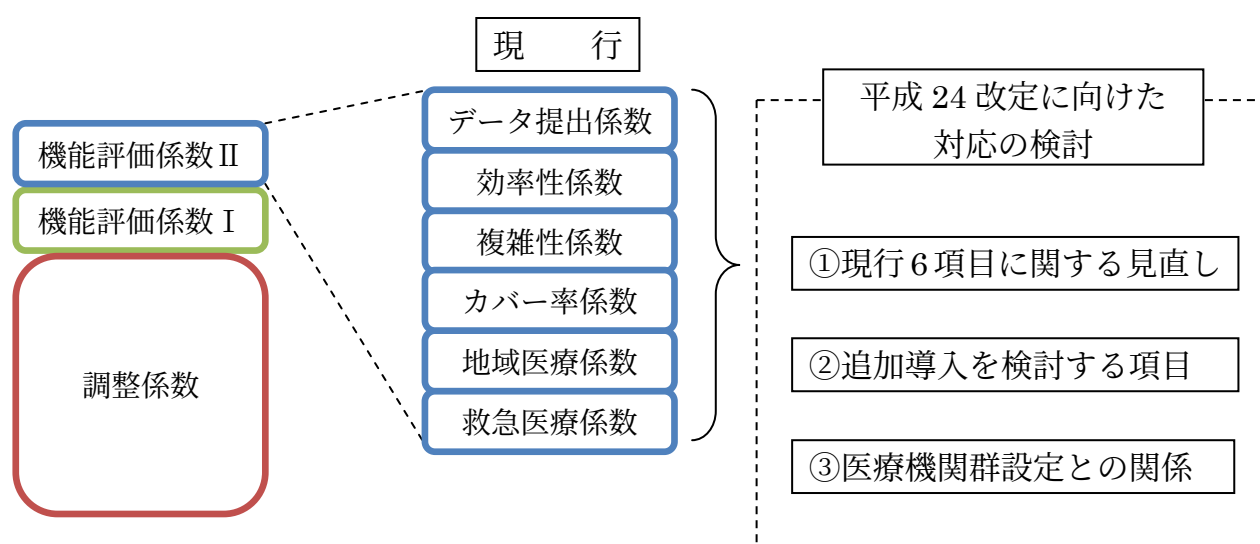
※ 具体的には、全 DPC データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つ DPC で、かつ、1 日あたり平均出来高点数が全 DPC データの平均値より高い DPC に限定して（それ以外の DPC は 0 で補正して）算出。

（４）基礎係数に係る医療機関群の最終案

- （３）の要件案に基づき設定する医療機関群は、大学病院本院とそれ以外の医療機関との機能や役割の違い等を踏まえ、最終的に「大学病院本院群」、「大学病院本院以外の高診療密度病院群（名称は別途検討）」、「その他の急性期病院群」の 3 群（（１）の A 案）としてはどうか。

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>

現行	平成 24 改定での対応
地域医療への貢献に係る体制評価 (現行 7 項目のポイント制)	地域医療への貢献に係る体制評価 (現行 7 項目の 必要な見直し)
	(新設) 1) 小児 定量評価 2) 上記以外

※ 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。

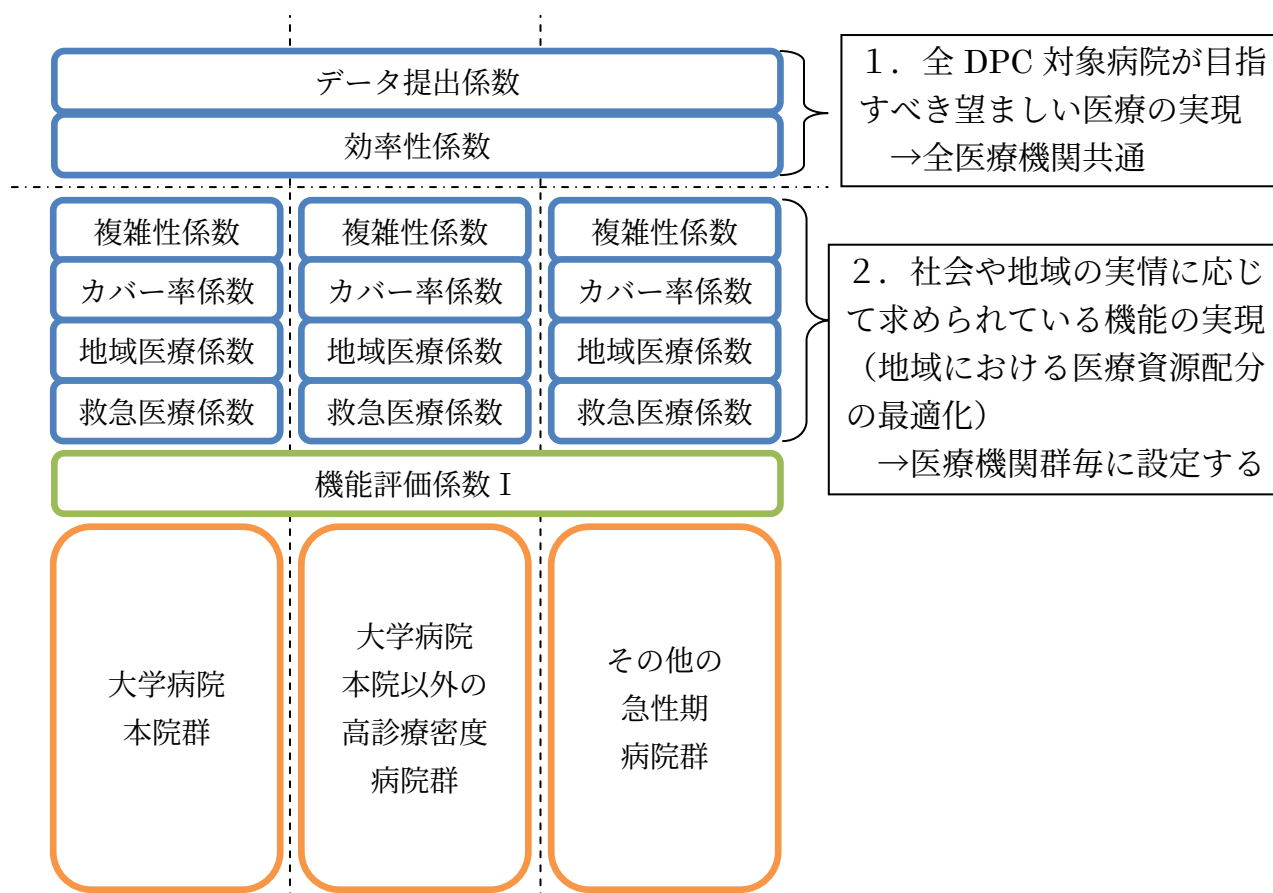
②追加導入を検討すべき項目

- 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と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）＞



III. 検討事項と今後の対応

- (1) IIの1. 及び2. に整理した「今後の対応方針」について、どう考えるか。
- (2) 上記(1)に関する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（機能評価係数IIの個別項目、医療機関群毎の機能評価係数IIの設定等）を進めてはどうか。