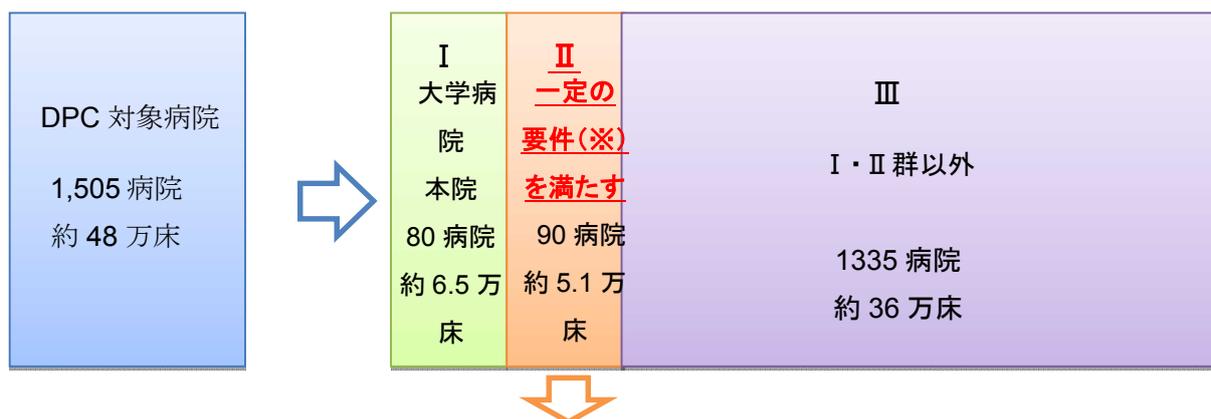


## 医療機関群Ⅱ群の要件の見直し等について

### 1. 医療機関群の設定の背景

- 平成24年度診療報酬改定において、「調整係数」の見直しに伴い「基礎係数」が新たに設定され、「基礎係数」は医療機関群に分けて設定されることとなった。
- 大学病院本院は、包括範囲の1日当たりの出来高点数（診療密度）が他施設と比較し明らかに異なっており、役割や機能が明らかに他施設と異なることから別群（Ⅰ群）とされた。
- 大学病院本院以外の施設については、「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」及び「重症患者に対する診療の実施」といった観点から、大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有すると考えられる医療機関について別群（Ⅱ群）とされた。

#### <平成24年度改定における医療機関群の設定（DPC病院Ⅰ群～Ⅲ群）>



#### <DPC病院Ⅱ群の要件（以下の【実績要件1～4】を全て満たす病院）>

##### Ⅱ群病院の考え方：大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院

実績要件（特定機能病院は実績要件2を満たしたものとして取扱う）	
	各要件の具体的指標
【実績要件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）
【実績要件2】医師研修の実施	○ 届出病床当たりの医師数（免許取得後2年目まで）
【実績要件3】 高度な医療技術の実施 ※右3つを全て満たす	○ 手術1件あたりの外保連手術指数（協力医師数及び手術時間補正後） ○ DPC算定病床当たりの外保連手術指数（協力医師数及び手術時間補正後） ○ 手術実施件数
【実績要件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）

## 2. 医療機関群Ⅱ群の要件に関するこれまでの検討状況

### (1) 平成24年8月22日中医協総会において決定された事項

- 現行のⅡ群の要件である、「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術」、「重症患者に対する診療」について全てⅠ群（大学病院本院）の最低値（但し、外れ値を除く）をクリアする、という考え方については、引き続き維持することとされた。
- それぞれの要件の具体的な評価手法については、現行の評価手法を基本としつつ、今後の実績を踏まえた必要な見直しについて、引き続き検討することとされた。
- 「【実績要件3】医療資源必要度の高い技術」については、現行の外保連手術指数による評価を基本としつつ、以下の通り対応することとされた。
  - ・ 実施された手術のうち、外保連手術指数との結び付けが不可能と判断された手術については、下表の通り、全体に占める割合が少なく殆ど影響がないと考えられることから、評価の対象外とする（現行の考え方）。

全手術件数*	外保連手術指数との結び付けが不可能と判断された手術件数	割合
5,052,786	102,843	2.04 %

\*様式1に記載されていた全ての手術のうち、輸血等を除いたもの

- ・ 外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。

## 3. 医療機関群Ⅱ群の実績要件の検討について

### 【実績要件1】：診療密度

#### (ア) 現行の評価方法

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）]

当該医療機関において症例数が一定以上の（1症例/月；極端な個別事例を除外するため）診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の1日当たり包括範囲出来高実績点数を算出。

#### (イ) 考え方

- 大学病院本院（Ⅰ群）に相当するような診療密度の施設を前提。

#### (ウ) 論点

現行の評価方法を継続すべきか。

## 【実績要件2】：医師研修の実施

### (ア) 現行の評価方法

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）]

基幹型臨床研修指定病院については、各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医数（※）と地方厚生（支）局へ届け出ている病床数（様式3の「医療保険」総数（届出病床総数））により算出。

協力型臨床研修指定病院については、平成23年11月に調査した臨床研修医数（年度単位の常勤換算値）により算出。

特定機能病院は実績を満たしたものとして取り扱う。

### (イ) 考え方

#### 「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）」

- 単一指標で医師研修機能を表現しつつ、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）。
- 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、臨床研修医師数は、入院医療に従事する臨床研修医について常勤換算で調査

#### 「基幹型施設と協力型施設の施設類型に応じて補正」

- 基幹型臨床研修指定病院の「採用数」に加えて協力型臨床研修指定病院での研修実績にも配慮。

### (ウ) 論点

- 協力型臨床研修指定病院の臨床研修医数については、実際のⅡ群の医療機関の決定にあまり影響を与えないこと、および正確な状況を継続的に把握することが難しいことから、評価対象から除外することについてどのように考えるか。

**【実績要件3】：高度な医療技術の実施**

(ア) 現行の評価方法

高度な医療技術の実施

= [次の3つ(3a~3c)がそれぞれ一定の基準を満たす]

(3a)：手術1件あたりの外保連手術指数(協力医師数及び手術時間補正後)

(3b)：DPC算定病床当たりの同指数(協力医師数及び手術時間補正後)

(3c)：手術実施件数

「(3a)：手術1件あたりの外保連手術指数(協力医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関の全患者総計の外保連手術指数(※)を「(3c)：手術件数」で除して算出。

「(3b)：DPC算定病床当たりの同指数(協力医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出。

「(3c)：手術件数」については、外保連試案第8版において技術難易度が設定されている手術を集計対象手術とした。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものも集計対象とした。

(※) 外保連手術指数の算出方法

- 外保連手術指数は、外保連試案(第8版)に記載されている、協力医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値(下表参照。難易度B、協力医師数0人を1としてそれぞれ相対化)に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出。

【例】難易度D、協力医師数2、手術時間数3の手術は  $7.43 \times 3 = 22.29$

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

難易度、協力医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- 外保連試案と結びつけられなかったKコード(医科点数表の手術コード)の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与。それ以外のものについては集計の対象外。
- 1つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、協力医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出。具体的には次の順で対応する手術を1つに絞り混んで対応関係を作成。(協力医師数を最優先)。

- ①協力医師数 降順
- ②技術度 降順
- ③時間 降順

【具体例】

診療報酬コード	8 版試案手術名	技術度	協力医師数	時間数
K3432	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（広汎全摘、頭蓋底郭清）	D	3	5
K3432	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（単純全摘）	D	2	3
K3432	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（広汎全摘）	D	2	4

→協力医師数の多い 「技術度 D、協力医師数 3、時間数 5」とする。

(イ) 考え方

「外保連手術指数（協力医師数及び手術時間補正後）(3a)」

- 協力医師数及び手術時間を加味することで、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）(3b)」

- 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）ことから、「病床当たり」の実施頻度を併せて評価。（※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）

「手術実施件数(3c)」

- 適切な手術難易度の評価とするため、一定数以上の手術件数の実施を前提（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）。

(ウ) 論点

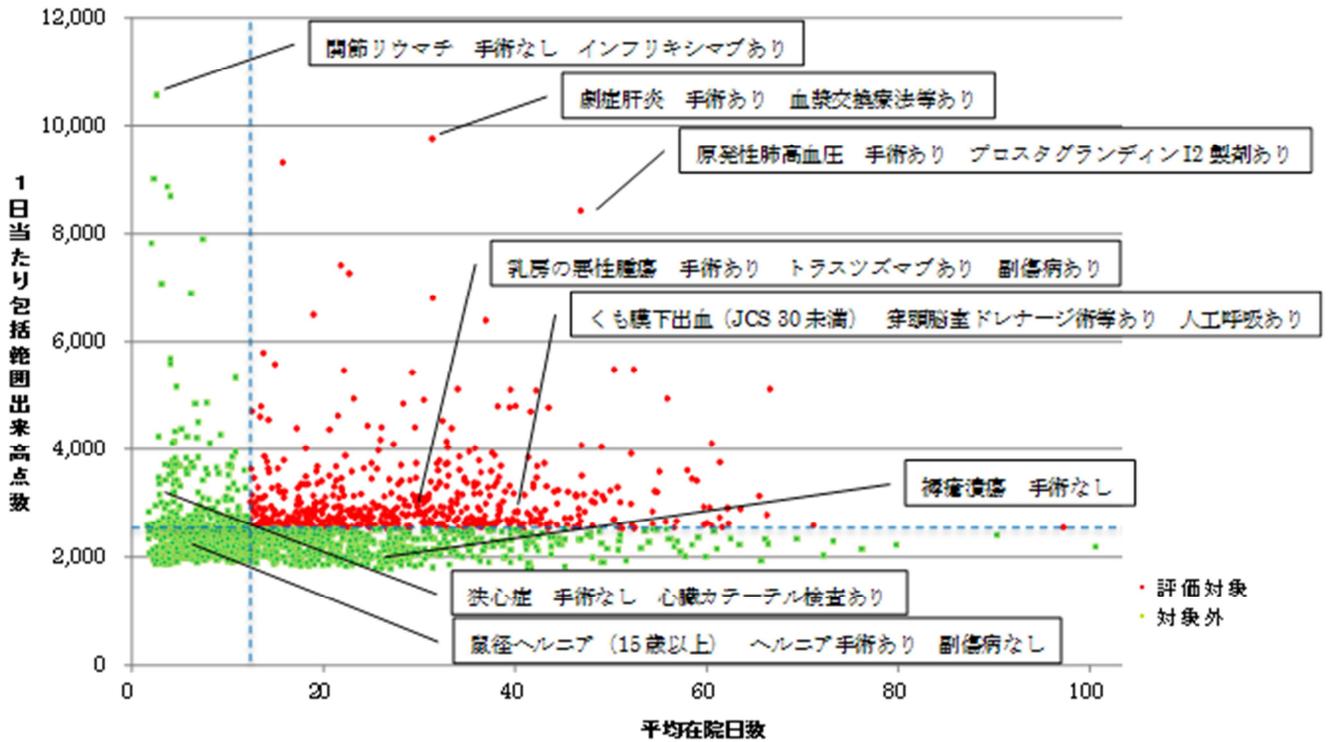
- 現行の評価方法を継続すべきか。

【実績要件4】：重症患者に対する診療の実施

(ア) 現行の評価方法

重症患者に対する診療の実施＝ [複雑性指数（重症DPC補正後）]  
全DPC参加病院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日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCを抽出。これらのDPCについて複雑性指数を算出。

重症補正対象DPC



(イ) 考え方

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複雑性指数（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）を補正。

(ウ) 論点

- 現行の評価手法を継続すべきか。

#### 4. 医療機関群のあり方に関し、中長期的（次回改定以降）な視点から検討する論点（案）

##### ① 医師派遣機能の評価について

- II群病院（大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する医療機関）は大学病院本院に準じた医師派遣機能を有すべきではないかとの観点から、医師派遣の実績をII群の要件に加えるべきではないかという提案があった。
- 一方で、医師派遣の定義を厳密に行うことが難しいことから、実績要件として定量的に評価するのは難しいのではないかという意見があった。
- これらを踏まえ、医師派遣の実績をII群要件に加えることについてどのように考えるか。

##### ② 外科系以外の高度な医療技術の評価について

- 次回診療報酬改定においては、【実施要件3】「高度な医療技術」は外保連手術指数による評価を基本として見直しをすることとされているが、内科技術等の外科系以外の技術を実績要件に加えることについてどのように考えるか。

##### ③ 急性期病床の医療機能の分化との整合性について

- 急性期病床の医療機能の分化の推進等の議論を踏まえ、病床機能分化と医療機関群のあり方との整合性についてどのように考えるか。