

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）】

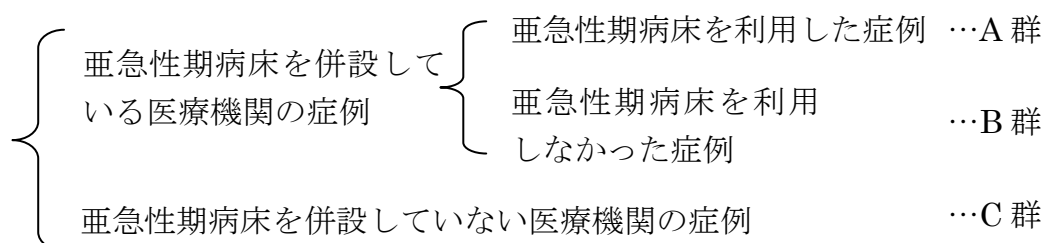
- ①医師密度・診療密度の要件
 - ・ 大学病院本院80施設を参考に設定（具体的には今後検討）
- ②一定の機能や実績の要件：以下のいずれかを満たす医療機関
 - ・ 一定以上の医師研修の実施（具体的な要件は今後検討）
 - ・ 一定以上の高度な医療技術の実施（具体的な要件は今後検討）
 - ・ 一定以上の重症患者に対する診療の実施（具体的な要件は今後検討）
- また、大学病院本院の医療機関群と、上記で検討する大学病院本院以外の医療機関群との関係についても、今後の検討過程で整理し、最終的に別々の医療機関群とするか、それとも両者を合わせた医療機関群とするかを合わせて検討してはどうか。

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。