

DPC 制度に係る医療機関別係数の今後の対応方針（案）

これまでの DPC 評価分科会における、医療機関別係数の検討課題（基礎係数（医療機関群）、機能評価係数Ⅱ及び調整係数のあり方）に関する議論や指摘及び分析結果等を踏まえ、医療機関別係数に関する今後の具体的な対応方針（案）については、以下のように整理してはどうか。

1. 基礎係数（医療機関群）

（1）基本的な考え方

- 急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度（DPC/PDPS）において、評価する診療の対象は、バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある診療行為等であり、医療資源投入量を包括的に評価した平均的な報酬設定が必要となる。
- 平均的な報酬設定をもとに、医療機関の診療実績を適切に評価するため、機能評価係数Ⅱで評価される調整分への評価に加えて、包括点数に対して発生する基本的な診療コストを反映させるための基礎係数を一定の医療機関群毎に設定することが必要であるとされた。
- 一方で、異なる機能や役割を担っている医療機関に対して同程度の効率化・標準化を求める（単一の基礎係数を設定する）ことは、これらの役割や機能を維持することが困難になる恐れがある。
- このため、DPC 対象病院を幾つかの医療機関群に分類し、基礎係数をそれぞれの医療機関群ごとに設定することとしており、現行のⅠ群及びⅡ群については、それぞれ大学病院本院、大学病院本院に相当するような一定以上の医師密度・診療密度を有する医療機関群を設定し、Ⅲ群については、それ以外の DPC 対象病院を一つの群として設定している（別紙 1）。

（2）各論

① 医療機関群の設定

- これまでの議論
 - ・ 現行の医療機関群については、1日当たり包括範囲出来高点数の平均の比をそれぞれの群で見ると、ばらつきは比較的少なく（別紙 2～5）、現行の選定要件については、一定の合理性があるとの意見があった。
 - ・ この他に、Ⅲ群については、対象となる医療機関数が多いこと等から、個々の医療機関単位で見ると異なる機能の医療機関が含まれているのではないかと指摘があり、機能評価係数Ⅱによる機能の評価の検討も踏まえつつ、医療機関群の設定に関し、一定の機能や役割を有し、かつ、合理性のある視点があるか、分析してはどうかという意見があった。

○ 対応方針（案）

- ・ 現行の医療機関群の設定については、一定の合理性があると考えられるため、原則として、3つの医療機関群を維持することとしてはどうか。
- ・ Ⅲ群については、医療機関群の設定とは別に、個々の医療機関単位で評価されるべき機能について、機能評価係数Ⅱの検討の中で、適切な評価が可能かを検討することとしてはどうか。（後述）

② 医療機関群の名称

○ これまでの議論

現行の医療機関群は、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲと数値で表記されているが、Ⅱ群は「高機能な病院」と説明（別紙6）されていることもあり、Ⅲ群は高機能では無い病院と受け止められ得るとの意見があった。また、それぞれの群の役割や機能がわかりにくいという意見があり、それぞれの群について適切な理解に資するよう、例えば、名称の変更を検討すべきとの意見があった。

○ 対応方針（案）

医療機関群の名称については、それぞれの群の役割や機能を明確にするとの視点から、現行の群の設定の定義及び実績要件を加味して見直しを検討してはどうか。例えば、Ⅰ群を「大学病院本院群」、平均的な病院が多く所属するⅢ群については、DPC/PDPSの基本となることを明確に表現した「標準群」等が考えられるがどうか。

③ 医療機関群の選択

○ これまでの議論

- ・ 一定の条件下で医療機関群の参加要件を満たす場合には病院が自ら選択できるような方式を検討するとしても、医療機関はどのような視点で選択すればよいのか、適切な評価となり得るのかといった観点や、どの医療機関群に所属するかを短時間で選択することが可能かなどの技術的な観点から、様々な課題が考えられるため、具体的に実現可能な対応案についての検討が現実的ではないかとの意見があった。
- ・ 現実の医療機関別係数設定のプロセスを踏まえれば、一度係数を設定した後に医療機関群を選択し、改めて係数の設定を行うということは、基礎係数や機能評価係数Ⅱの設計上、すべての医療機関の係数を再度設定し直す必要があるため、スケジュール等を考慮すると困難であり、医療機関の意向を踏まえた医療機関群とした上で係数を設定するためには、医療機関別係数設定作業よりも前の段階でその意向を示す必要があると考えられた。

○ 対応方針（案）

病院が自ら医療機関群を選択できるとすれば、現行の医療機関群の設定で言えば、Ⅱ群の要件を満たす病院がⅢ群を選択するというケースが想定される。このため、診療報酬改定前年のうちに（例えば、10月の定例報告と合わせて）、「仮にⅡ群に該当したとしてもⅢ群を選択する」という場合、その意向を示すこと等を検討してはどうか。

2. 機能評価係数Ⅱ

（1）基本的な考え方

- 調整係数は、制度導入時の激変緩和のために設定されたが、①円滑な医療機関運営の促進と、②DPC制度選択のインセンティブという二つの効用を残しつつ、過去の報酬水準を維持する個別調整から、基本的な診療機能に係る包括報酬（基礎係数）と、診療実績に基づく調整分（機能評価係数Ⅱ）を加味する診療報酬体系に移行することとされた。
- 機能評価係数Ⅱについては、その導入時に対応すべき事項として、急性期入院医療の評価であること、医療全体の質の向上が期待されること、社会的に求められる機能・役割を重視すること等の基本的な考え方がまとめられ（別紙7）、データ提出係数、効率性係数、地域医療係数、複雑性係数、救急医療係数、カバー率係数の6項目が導入された。
- 調整係数の基礎係数と機能評価係数Ⅱへの移行について整理され、機能評価係数Ⅱは、評価の視点から、①すべての医療機関が目指すべき望ましい医療の実現と、②社会や地域の実情に応じて求められる機能の実現の二つの視点が整理された。
- 導入時の6つの係数に加え、平成26年度に後発医薬品係数が、平成28年度に重症度係数が追加されている。（別紙8～12）

（2）各論

① 機能評価係数Ⅱの再整理

- これまでの議論
 - ・ 機能評価係数Ⅱの導入後、2つの係数が新設されたが、診療報酬改定ごとに新たな評価軸（係数）の追加等を行うことは、調整係数の置き換えの完了により機能評価係数Ⅱの医療機関別係数に占める割合が大きくなることを踏まえると、医療機関別係数の大きな変動につながる可能性が高くなるため、制度の安定的な運用にはそぐわないという意見があった。
 - ・ 導入後に追加された2つの係数は、出来高報酬の評価との整合性の観点や導入時の6つの係数とは観点が異なっていることなどから、再整理が必要という意見があった。

○ 対応方針（案）

- ・ 導入時の6つの係数については、これまでの評価実績を踏まえ、各係数導入時の基本的な考え方を維持し、必要に応じた評価手法の見直しを行うことを前提とし、機能評価係数Ⅱの基本的評価軸として位置づけてはどうか。
- ・ 導入後に追加された2つの係数については、それぞれの係数の目的や趣旨を踏まえて、再整理することとしてはどうか。（後述）

② 機能評価係数Ⅱの重み付け

○ これまでの議論

- ・ 機能評価係数Ⅱについては、過去の検討で項目間相互での評価の軽重を設定することが困難であることから、各項目に割り当てる報酬額（財源）は等分とされている（別紙13）。この点については、各項目への配分について重み付けを変えること（例えば、複雑性係数に配分する財源を他の係数の2倍にする等）は困難ではないか、との指摘があった。
- ・ また、カバー率指数が引き上がると、複雑性指数は低下することがあるなど、すべての指数について高い評価を目指すことは困難であり、個々の医療機関の機能に応じて高い評価を目指すべき指数は異なるとの指摘があった。
- ・ Ⅲ群の病院について、自院を専門病院と回答した病院と、それ以外の病院を2つにグループ分けし、それぞれの指数について検証したところ（別紙14）、専門病院は複雑性指数や効率性指数が高く、地域医療指数が低い傾向が見られた。
また、この2つのグループについて、片方のグループの中だけで相対評価を行い、係数を再設定し現行の係数と比較したところ（別紙15）、複雑性係数はむしろ低く、地域医療係数はむしろ高くなった。このことから、機能評価係数Ⅱは相対評価であることから、得意とする係数を同じくする病院でグループを分けた上で係数を設定すると、得意とする係数はむしろ低くなった。
- ・ これらのことから、多様な機能を有する病院が含まれているⅢ群において、いくつかの特性に着目したグループに分け、それぞれのグループ内で係数を設定したとしても、病院の特性をより反映させた評価につながらない可能性があると考えられた。他方、Ⅰ群とⅡ群は、一定の機能を有する病院として群分けされていることから、これらの機能を評価している係数への配分について重み付けを変えることで、これらの病院の特性をより反映させた評価につながる可能性があると考えられた。

○ 対応方針（案）

- ・ 機能評価係数Ⅱの重み付けについては、医療機関群ごとに、求められる機能や評価の現状を踏まえ、各項目への配分についての重み付けの是非を含めたそのあり方を整理してはどうか。

- ・ その上で、特に現行のⅢ群については、個々の病院の特性を重点評価するような各項目への配分についての重み付けを決めるいくつかのグループに分けて評価を行っても、病院の特性をより反映させた評価につながらない可能性があることに留意しながら、今後整理してはどうか。

③ 個別の係数

○ これまでの議論

- (ア) 後発医薬品係数は、導入した結果、包括報酬が適用されている DPC 対象病院においても、後発医薬品の使用促進に有効であったと考えられたが、入院基本料等加算の中に、同様の基準の出来高点数が設定されていることから、機能評価係数 I で評価すべきではないかとの意見があった。
- (イ) 重症度係数については、重症者の診療に応じた評価を目的として試行導入された（別紙 16）が、重症者の診療だけでなく効率化できていないことも評価されているのではないかと、実際には係数を設定した趣旨にあった評価になっていないのではないかと、との指摘があった。
- (ウ) 保険診療係数については、導入時のデータ提出に係る評価指標に加えて、導入後に様々な評価指標が追加されており、本来の趣旨や目的がわかりにくくなっているのではないかと、との指摘がある。
- (エ) 地域医療指数は、医療計画の見直しの検討内容を踏まえた対応を検討していくとの方向性に対して、特に異論はなかった。
- (オ) 複雑性係数、カバー率係数、効率性係数、救急医療係数については、基本的な考え方について、特に異論はなかった。

○ 対応方針（案）

- (ア) 後発医薬品係数については、出来高報酬の中に後発医薬品の使用について同様の基準で評価した加算があることから、機能評価係数 I に置き換えることとしてはどうか。
- (イ) 重症度係数については、係数設定の目的や趣旨に沿った他の評価手法の設定が可能かを検討してはどうか。
- (ウ) 保険診療係数については、本来の係数設定の趣旨や目的に沿って、評価指標等を再整理してはどうか。
- (エ) 地域医療係数については、現在の評価項目の該当状況を踏まえ、今後の医療計画の見直しの方向性に沿って、見直すこととしてはどうか。
- (オ) このほか、各係数について、前述以外の事項も含めて必要な見直しを行うこととしてはどうか。

3. 調整係数

(1) 基本的な考え方

- DPC/PDPS は、出来高報酬と異なり、設定する医療機関別係数の改定が入院診療報酬全体に影響するという特性がある。調整係数は、平成 15 年度に、制度導入時の激変緩和のために設定され、円滑な医療機関運営の促進と DPC 制度選択のインセンティブという 2 つの効用があったと考えられた。
- これらの効用を維持しつつ、過去の報酬水準を維持する個別調整から、基本的な診療機能に係る包括報酬（基礎係数）と診療実績に基づく調整分（機能評価係数Ⅱ）を加味した診療報酬体系に移行することとされた（再掲）。
- 平成 24 年以降の調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換え開始後は、その置き換えに係る激変（出来高部分も含む推計診療報酬変動率が 2% を超えるもの）に対して、暫定調整係数における激変緩和措置（別紙 17）や重症度係数の試行導入により対応してきており、平成 30 年度に置き換えを完了することとしている（別紙 18）。

(2) 各論

① 調整係数の置き換え

- これまでの議論
 - ・ 現行の調整係数を、平成 30 年度に、機能評価係数Ⅱへの置き換えを完了すると方向性に対して、特に異論はなかった。
 - ・ 重症度係数については、重症者の診療に応じた評価を目的として試行導入されたが、重症者の診療だけでなく効率化できていないことも評価されているのではないかと、実際には係数を設定した趣旨にあった評価になっていないのではないかと、との指摘があった（再掲）。
 - ・ 調整係数の置き換えにあたっては、基礎係数、機能評価係数Ⅱ及び診断群分類の精緻化で対応することを基本とするが、調整係数がこれまで、改定により大きく影響を受けてしまう場合の医療機関の安定的な運営に効用があった点についても留意する必要がある、との指摘があった。
- 対応方針（案）

調整係数は、平成 30 年度に、機能評価係数Ⅱへの置き換えを完了することとし、重症度係数については、係数設定の目的や趣旨に沿って見直すとともに、他の手法による対応が可能かを検討してはどうか。

② 激変緩和措置の取扱い

- これまでの議論
 - ・ 激変緩和の対象となる病院については、診療内容や医療機関の特性といった具体的な要因について詳細に分析するべきとの意見があった。その上で、激変緩和

の対象となる理由が過去の激変緩和措置の残存によるものである場合は、(別紙 19) 継続して激変緩和措置を行うことは適切ではないのではないかと意見があった。

- ・ 複数回マイナス緩和措置(暫定調整係数を引き上げる)の対象になった病院を分析すると、現行の激変緩和措置を通じて、実質的に調整部分が大きく残存している(別紙 20・21)ことが要因のひとつと示唆された。このため、現行のままで激変緩和措置を繰り返すことでは、これらの病院について変化幅は小さくならない可能性があると考えられた(別紙 22)。
- ・ プラス緩和措置の対象となった病院については、病床数の少ない病院が多いのではないかと意見があった。
- ・ 激変緩和措置の対象となった病院について診療密度等を分析すると、プラス緩和措置の対象となった病院は診療密度が、その他の病院と比べて低い傾向がみられた。(別紙 23)

○ 対応方針(案)

- ・ 診療報酬改定により医療機関別係数が大きく低下を見込まれる病院について、これまでと同じルールで激変緩和措置を続けたとしても、過去の激変緩和措置の残存が継続してしまう可能性が示唆されることから、さらに具体的な要因分析を進めた上で、その要因に応じた対応を検討することとしてはどうか。
- ・ 平成 30 年度及びそれ以降の診療報酬改定での対応も含め、調整係数の置き換え完了後も DPC 対象病院のうち、改定の影響による医療機関別係数の著しい変動を緩和するための何らかの仕組みを検討すべきではないか。