

## 平成 23 年 2 月 9 日 D P C 評価分科会 検討概要 (検討事項と主な意見等)

### ① DPC/PDPS 調整係数見直し後の医療機関別係数のあり方（これまでの検討のまとめと今後の検討方針について）（D-2-1）

- 前回（平成 23 年 1 月 13 日）までの DPC 評価分科会での検討結果を踏まえ、平成 23 年 1 月 21 日の中医協総会で合意された今後の検討方針について分科会長から報告がなされた。

### ② 医療機関別係数のあり方を踏まえた、機能評価係数 I・II の再整理（案）（D-2-2）

#### 【機能評価係数 II の具体的な評価方針（案）について】

- 前回（平成 23 年 1 月 13 日）までの DPC 評価分科会での検討を踏まえ、今後検討する機能評価係数 II の具体的な評価方針について検討した。

#### ＜事務局提示の概要＞

- これまで分科会でまとめられた新たな機能評価係数に関する 3 つの考え方（①平成 20 年 12 月 17 日基本小委了承の新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方、②平成 21 年 6 月 24 日基本小委了承の A 項目における新たな機能評価係数の候補の絞り込みに当たっての考え方、及び③平成 22 年 6 月 30 日 D P C 評価分科会に提示した機能評価係数 II の考え方の整理）をまとめたもの。
- D-2-1 にまとめられた機能評価係数 II の考え方、すなわち医療機関が DPC 制度に参加することでもたらされる医療体制や医療全体としてのメリットを評価するという視点に基づくインセンティブとして、出来高評価体系にはない評価として設定するもの（出来高体系はコスト等一定の根拠に基づき設定されるが、機能評価係数 II はインセンティブとして設定され、視点として重複することはあり得るが、報酬の根拠や考え方としては重複しない）。
- 「（1）全 D P C 対象病院が目指すべき望ましい医療の実現」に属するデータ提出指数、効率性指数については、DPC 制度に特有であると考えられるが、「（2）社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現（地域における医療資源配分の最適化）」は、出来高病院であっても求められるものであり、（1）に限るべき（DPC/PDPS 対象病院と出来高病院との評価に差が生じるのは好ましくない）、との指摘がなされた。

- これに対して、DPC 対象病院による 4 疾病 5 事業等の取組みについては、診療実績等が開示される一方、出来高病院では明らかではない等、透明化・データ化されることに対するインセンティブとしては妥当ではないかとの指摘や、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数等は本来、DPC 対象病院グループの中でのインセンティブという設定が出発点であり、出来高病院との比較論は適切ではないのではないか、あるいは、DPC 制度特有か特有でないかという区別がそもそも困難でありデータに基づく地域への貢献を評価しそれが全体に生かされるような仕組みが求められているといった視点から（２）の項目は必要ではないか、更に、出来高病院で貢献する病院の評価を検討することは DPC 評価分科会の役割ではなく、そのような貢献があるなら、それを評価できるデータに基づき出来高評価体系の中で別の形で評価していけばいいのではないか、といった見解も示された。
- また、（１）の中の「標準化」については、患者毎の基礎疾患や年齢等を加味しない同等・画一的な医療を実施することが正しい、という誤った方向が危惧されかえって医療の質が悪くなることから、むしろ「医療の個別化」という視点が必要ではないか、との指摘もなされた。
- 以上を踏まえ、機能評価係数Ⅱの具体的評価方針は（１）（２）のこれら二軸で検討を進めることとし、具体的な評価の中身については、今後の議論の過程で詰めていくこととした。

【現行の機能評価係数Ⅱ・特に救急医療係数について】

- 救急医療係数を今後、基礎係数に含まれる形で整理すると、医療機関群の中で一生懸命救急をやっているところと、あまり救急をやっていないところの差が適切に評価されない、あるいは、そもそも DPC/PDPS の重大な欠点が救急医療の評価が不適切な部分（診断がつくまで最も医療資源を必要とするプロセスが評価できない）であり、個々の施設の救急対応の評価は残すべき、更には、救急医療は DPC/PDPS にはふさわしくなく、本来であれば出来高算定にすべきだった、といった指摘がなされた。
- また、救急を出来高算定にする際の最大の問題は、どの部分を救急と認定して出来高算定とするかが大変複雑で解決できなかったことにあることや、海外の制度でも加算を細かく設定した上で救急は包括の対象とされている一方で、諸外国の多くが ER 形式を採用し日本のように地域の多数の施設が救急を受け入れている状況ではないことも紹介され、日本の救急医療の現状を DPC/PDPS でのように評価するかは難しい課題だ、との指摘もなされるなど、今後、救急医療係数については引き続き検討していくこととされた。

### ③ DPC/PDPS の包括範囲について（D-3）

- 出来高は主として技術料的色彩の強い診療報酬項目という考え方について、DPC/PDPS は本来、包括にできるものは可能な限り包括評価するというのが、本来の制度の在り方であり、麻酔や放射線治療等を包括範囲に入れたときに制度として不都合が発生するのか、再度検討すべきではないか、との指摘がなされた。
- これに対して、外科系の技術については、同じ病態であっても施設毎の手技の選択が異なる等のバラつきが大きく弊害が大きいとして手術を包括外とした経緯があり、放射線治療についても、病院によってプロトコルや施設設備の違いなど同様な問題があり、包括外とされたとの理解が示された。病理診断もバラつきが大きく、例えば術中迅速診断は、それが実施可能な施設とそうでない施設とで大きく異なるため、出来高評価とした経緯があるとの指摘もなされた。
- 一方で、出来高評価と包括評価の選択については、ドクターフィーとホスピタルフィーの考え方も根底にあり、技術者が自分の取り分として考えるという認識が大きいことや、手術は既に出来高体系においても手術名による包括評価となっており、包括外の出来高と整理したとしても実質的には包括評価の大きな仕組みの中にある、という整理ではないか、との指摘もなされた。

（了）