

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)

平成 23 年 9 月 7 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

1. 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 22 年 9 月 29 日の中医協総会で了承された検討方針に基づき、以降の DPC 評価分科会において検討を進め、平成 23 年 1 月 21 日の中医協総会において、幾つかの論点とその対応方針について了承のうえ、引き続き分科会で検討を進めることとされた。

<平成 23 年 1 月 21 日中医協総会での了承事項 (概要) >

(1) 精神病棟への対象拡大

- 精神病棟入院患者に対する DPC/PDPS の適用は現時点では行わない。
- DPC/PDPS 対象病院等から提出されている精神病棟に係るデータの整理・分析を今後進める。

(2) 1 入院当たり算定方式への移行

- 現時点では、DPC/PDPS を 1 入院当たりの算定方式へ移行しない。
- 一方で、高額な薬剤を使用する場合について、1 日当たりの定額方式では一定日数以上入院しないと採算が合わないという課題について、DPC/PDPS の定額点数の設定方法の見直し等により対応することも引き続き検討する。

(3) 調整係数見直し後の医療機関別係数のあり方

- 医療機関群毎に基礎係数を設定することについて、算定方式を移行するかどうかは今後の中医協総会で検討するという前提で、実際のデータに基づく検証結果を踏まえながら、具体的な医療機関群のあり方の検討を進める。

- 以降、計 6 回の DPC 評価分科会での検討を経て、今回以下の事項について、一定の検討結果と今後の対応方針案をとりまとめ、中医協総会に報告する。

調整係数見直し後の医療機関別係数に係る医療機関群の設定について
高額薬剤等に係る具体的な対応について

2. 調整係数見直し後の医療機関別係数に係る医療機関群の設定について

(1) 検討経過の概要

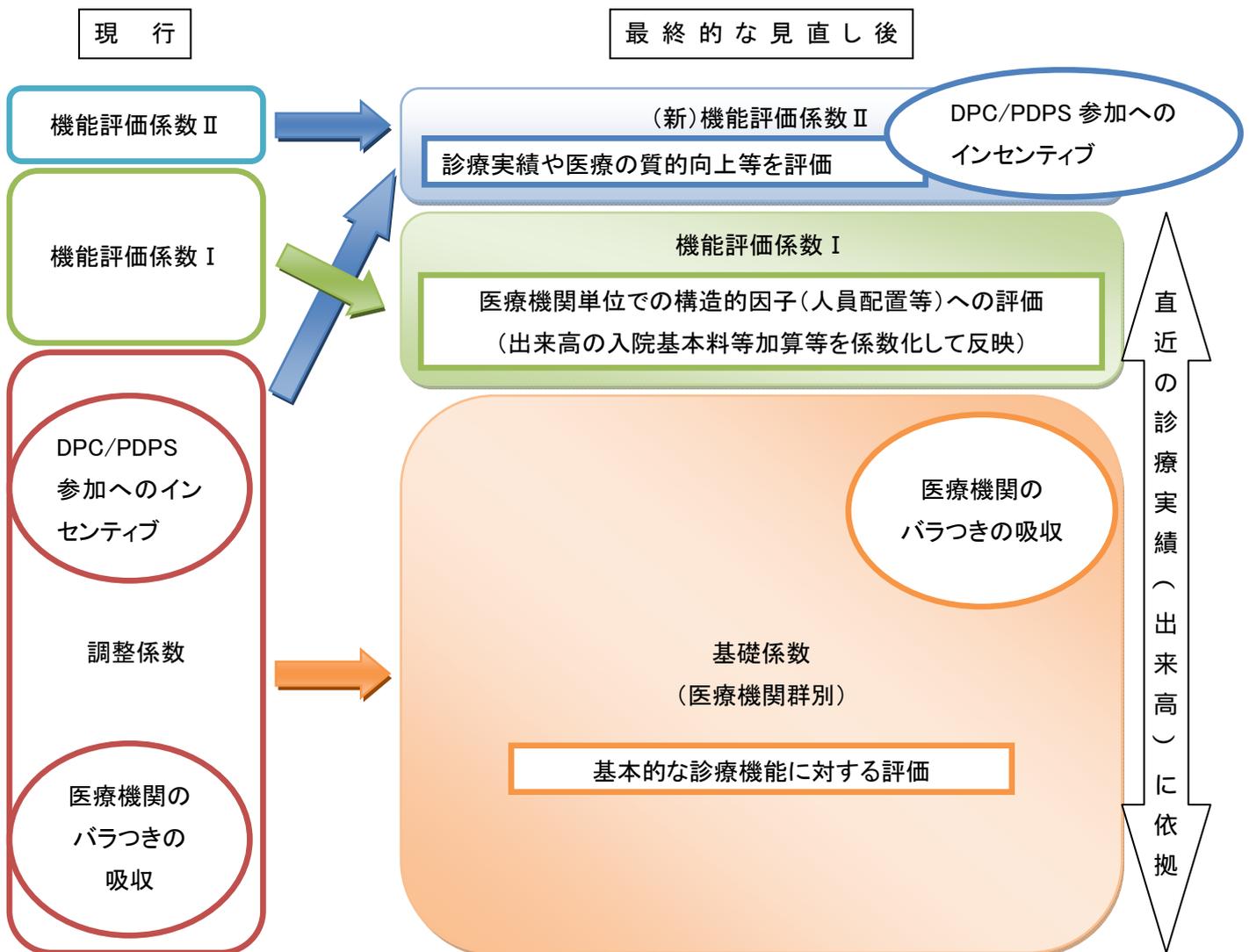
調整係数見直し後の医療機関別係数のあり方については、平成23年1月21日中医協総会において了承された、現行の算定方式を以下の様に見直すという基本的な方向性について、基礎係数を医療機関群毎に設定する方向で検討するための具体的な対応案について、データに基づく検証結果を踏まえつつ、更に検討・整理した。

【現行】

$$\text{医療機関別係数} = \text{調整係数} + \text{機能評価係数} + \text{機能評価係数}$$

【見直し後】

$$\text{医療機関別係数} = \text{基礎係数} + \text{機能評価係数} + \text{機能評価係数}$$



(2) 基礎係数に係る医療機関群の設定方針（案）

DPC/PDPS 調整係数の見直し・基礎係数の導入に伴い設定する医療機関群は、当面、次の3つとする方向で検討を進めてはどうか（この場合、最終的に医療機関群1と2を別々の群とするか、合わせて一つの群とするかも含めて、今後検討）。

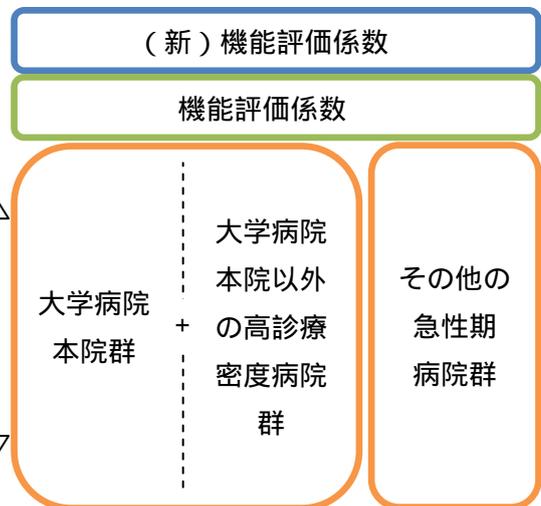
- [医療機関群 1] 大学病院本院群
- [医療機関群 2] 大学病院本院以外の高診療密度病院群（名称は別途検討）
- [医療機関群 3] 上記以外

< 調整係数見直し後の最終的な医療機関別係数の在り方（イメージ） >

【案 1】



【案 2】



大学病院本院以外の高診療密度病院群（仮称）の要件
（以下の A 及び B の両方を満たす病院）

- A 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）
- B 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）

<考え方>（図表はD-4-2に掲載、対応するページは【】内に記載）

様々な病院種別や地域特性等に注目して分析・検討を行ったところ、大学病院本院とそれ以外の病院で、包括範囲の1日当たり出来高点数（以下「診療密度」という。）が明らかに異なることから【P6上下図】、大学病院本院については独立した医療機関群として設定するとともに、更に、大学病院本院以外の病院について、医療機関群設定の在り方を検討した。

大学病院本院以外については、種々の機能や指標に着目して検討した結果、診療密度（包括範囲の1日当たり出来高点数）と病床当たりの医師配置密度（以下「医師密度」という。）が関連していることが示された。【P8～P10】

一方で、単に医師密度の程度だけに着目するのではなく、当該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医療機関群を設定する必要がある、との指摘もあり、特に高い医師密度が必要と考えられるような機能や役割と医師密度との関係について分析・整理した。

その結果、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、といった役割・機能と医師密度には一定の相関があり、これらを包含する背景因子が診療密度に影響していると考えられた。

- ・ 医師に対する研修機能、診療密度、医師密度との間には相互に一定の関係がある。【P12,P13】
- ・ 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。【P14～P17】
- ・ 同一DPC（同一包括点数）の患者について、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場合がある（DPC（診断群分類）は、全ての患者を完全に重症度に応じて分類していない）。【P18～P25】

以上から、医師密度・診療密度が一定以上の医療機関について、同時にこれらの医師密度や診療密度が必要とされると考えられる、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役割や機能が実績として認められるものを1つの医療機関群として設定することが適切と考えられた。

<関連する論点等>

基礎係数設定と医療機関群設定の趣旨

- 調整係数の見直しに関するこれまでの一連の検討の中で、調整係数が担っている役割や機能を全て、平成22年改定で導入された機能評価係数に置き換えることは、今後さらに機能評価係数の項目を拡大したとしても事実上、不可能である、との認識が得られた。

- このため、調整係数の見直しに際しては、このような機能評価係数で評価しきれない係数部分、すなわち各施設が基本的に担う診療機能に対応する係数部分を「基礎係数」として係数設定する方向で検討を進めることが必要とされた。
- 一方で、同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになるが、例えば、より重症な患者への対応やより先進的な技術の実践といった、他の施設とは異なる機能や役割を担う医療機関に、他と同程度の効率化・標準化を求めることは、これらの役割や機能を担うインセンティブがなくなってしまう懸念がある。
- このような弊害に対応するため、一定の合理的な役割や機能の差が認められる医療機関について、基礎係数を分けて設定することが妥当と考えられた（医療機関群に対応した基礎係数の設定）。

分析の視点・手法

- 医療機関群の検討に当たっては、機能的な視点及び診療実績データ（出来高実績データ）の視点の両面から検討を進めている（下記）。

< 医療機関群設定の視点 >

1) 機能的な視点

- 医療機関群に共通する機能や役割、診療特性等から見て、同様な機能的特性を有する医療機関群について、同程度の医療の標準化や効率化を促進する観点から分類を検討。
- 同一の医療機関群に属する全ての医療機関が、画一的な医療機関であるべきという考え方に基づくものではない。
- 医療機関群内の各医療機関の多様性については、基本的には基礎係数ではなく機能評価係数、機能評価係数で評価。

2) 診療実績データ（出来高実績データ）の視点

- 診療実績データ（出来高実績データ）に関する分散（バラつき）が一定程度の範囲に抑えられることが必要。
- 但し、実際の制度導入においては、今後検討する激変緩和策や機能評価係数による補正も含め、全体として最終的なバラつきがどの程度集約できるものか否かを見極めながら検討を進めることが不可欠。
- 評価指標としては、DPC/PDPSにおける基礎係数（医療機関別係数の一部）の役割を踏まえ、包括範囲の1日当たり出来高点数（診療密度）を中心に評価を行う。

医師密度に着目した設定に係る論点

- 検討の中で、医師密度・診療密度に着目した医療機関群の設定により、医師獲得競争が発生するのではないか等の懸念が示されたが、これについては、単に医師密度・診療密度だけを要件や基準とするのではなく、これらの医師配置が必要とされるような、合理的かつ明確な役割や機能の実績を要件として課し、これらを共に満たした医療機関のみを別の医療機関群とすることで、実態を伴わない単なる医師獲得を助長しないようにすることが適切と考えられる。
- また、医師密度について、医療機関群に分けるのではなく、連続的な係数評価とすべきとの指摘もあったが、上記と同様に、係数化される全ての施設について、より高い医師密度を実現するようなインセンティブが生じ、各施設の医師獲得競争を一層助長する可能性があることから、適切ではないと考えられる。

【参考】調整係数見直し後の最終的な医療機関別係数の設定の在り方

(平成 23 年 1 月 21 日・中医協総会、同年 2 月 9 日分科会を踏まえた整理)

1. DPC/PDPS 調整係数見直し後の医療機関別係数として、基礎係数、機能評価係数 及び機能評価係数 を合算した値とする方向で検討する。

$$\text{医療機関別係数} = \text{基礎係数} + \text{機能評価係数} + \text{機能評価係数}$$

(1) 基礎係数

基本的考え方

- ・それぞれの医療機関群毎の基本的な診療機能を評価
- ・DPC/PDPS に参加する病院の診療機能(施設特性)を反映させるため、DPC/PDPS 参加病院を幾つかの医療機関群に分類

具体的方法

- ・直近の診療実績(改定前 2 年間分の出来高実績データ)に基づき、医療機関群毎に 1 件あたり平均償還額により算出

(2) 機能評価係数

基本的考え方

- ・医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等を反映
- ・出来高点数体系で評価されている構造的因子を反映

具体的方法

- ・医療機関全体として有する機能等に着眼して設定されている出来高点数を医療機関別係数に換算(出来高点数体系で評価されていることが前提)

(3) 機能評価係数 (現行の考え方と必ずしも一致しない。)

基本的考え方

- ・DPC/PDPS 参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブを評価

具体的方法

- ・機能評価係数 に配分される一定の財源を各係数に按分し、各医療機関の診療実績等に応じて、その配分額を算出
- ・最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算

2. 検討にあたっては、医療機関群の設定方法等を含め、データに基づく具体的な検証を踏まえるものとする。

3. 実際に制度移行する場合の経過措置(激変緩和)については、別途検討を行う。