

# 基礎係数・機能評価係数Ⅱの次回改定対応に係る基本方針と 今後の検討課題について (案)

## 1. 基本方針(案)

### (1) 背景

- 平成30年度での調整係数の置換えに向けた計画的な移行を推進するためには、DPC 対象病院の制度に対する理解と可能な限りの予見性の確保が不可欠である。
- このため、特に次期改定(平成26年度)での診療実績評価の対象期間(平成24年10月から)を踏まえ、基礎係数・機能評価係数Ⅱの次回改定対応に係る基本方針について可能な限り早期にDPC 対象病院に対して提示することとする。

なお、最終的な次回改定での具体的な対応案については、今後の診療実績を踏まえた検討結果に基づき、平成25年秋頃までにとりまとめる。

「DPC 制度に関する今後の検討方針について」(平成24年6月20日・分科会)

### (2) 具体的な内容

#### 【考え方】

- 基礎係数と機能評価係数Ⅱの組み合わせは機能分化を推進しつつ、調整係数を廃止するための基本的な枠組みとして重要(診療密度が高い施設について、多角的な観点から一定の役割を求める仕組みが不可欠)
- 見直しについては、一定の実績を踏まえた必要性に応じて、今後、更に検討すべき課題

#### 【平成26年度改定対応に係る基本方針の具体案】

- ① 基礎係数・機能評価係数Ⅱによる評価体系の基本骨格
  - 平成24年度改定の経緯も踏まえ、医療機関群別の基礎係数と各施設の実績に基づく機能評価係数Ⅱ(一部病院群別)という評価体系の基本骨格は維持することとしてはどうか。
- ② 医療機関群の設定
  - 現行のⅠ群(大学病院本院)及びⅡ群(Ⅰ群に準じる病院)は、引き続き維持することとしてはどうか。また、Ⅰ群及びⅡ群以外の病院(Ⅲ群)に関する医療機関群設定のあり方については、今後の実績を踏まえて、平成26年度改定の対応において検討することとしてはどうか。

- 現行のⅡ群の要件である、「診療密度」、「医師研修」、「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してはどうか。なお、「高度な医療技術」については、もともとの概念が必要とされる医療資源量の大きい技術を念頭においたものであり、必ずしも技術の難易度が反映されたものではなく、誤解も招きやすいとの指摘を踏まえ、今後、名称については「医療資源必要度の高い技術」と改めてはどうか(評価の考え方は変更なし)。

また、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、平成26年度改定の対応において検討することとしてはどうか。

- なお、「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、以下の点については、予め明確化してはどうか。

- ① 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

- ② 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 機能評価係数Ⅱの評価体系

- 現行の6項目による評価(うちカバー率、複雑性、地域医療は群別の評価)の体系自体は原則維持することとし、新規評価項目の追加については今後、引き続き検討することとしてはどうか。

- 各項目の具体的な評価手法(指数から係数への変換等)については、今後の実

績や医療機関の機能分担・連携の進展状況等も踏まえながら、必要に応じて見直すこととしてはどうか。

## 2. 基礎係数・機能評価係数Ⅱに係る今後の検討課題(案)

(1) 平成26年度改定に向けた課題(今後の診療実績等を踏まえた必要な見直しは除く)

### ○ DPC 病院Ⅲ群のあり方

DPC 病院Ⅰ群及びⅡ群以外の病院(Ⅲ群)については、病床規模や診療特性などの医療提供体制において、非常に多様な施設が含まれていると考えられる。これらのⅢ群に該当する施設についての基礎係数設定のあり方に関して、機能評価係数Ⅱによる評価との組み合わせも含めて、どのように考えるか、検討する必要がある。

(2) 平成30年度目途の調整係数置換え完了に向けた中長期的な課題

### ○ DPC/PDPS 対象病院のあり方(小規模病院、専門病院などの評価のあり方を含む)

DPC 制度(DPC/PDPS)は、平成 15 年に特定機能病院82病院を対象に導入され、その後順次対象病院を拡大してきた(平成24年7月現在1503病院)。このため、病床規模の大きな特定機能病院から、小規模病院やいわゆる単科専門病院等、制度導入時には念頭になかったような幅広い診療形態の病院が参加している。

DPC/PDPS は、診療科や疾患などのケースミックスが異なる病院について、DPC を活用したケースミックスの補正により、病院全体としての診療内容の評価体系を構築することが重要な意義と考えられ、このようなケースミックスの補正や病院全体としての評価を可能とするためには、一定数の症例や一定の診療分野の広がりや前提とせざるを得ないものと考えられる。

このような観点も踏まえつつ、今後の調整係数の置換え完了に向け、特に小規模病院や特定の診療科に特化した専門病院などの取扱いも含めた、DPC/PDPS 対象病院のあり方について、どのように考えるか検討する必要がある。

○ 医療機関における診療内容等の変動(バラつき)と基礎係数・機能評価係数Ⅱによる調整分の推移(個別医療機関におけるバラつきに対する評価のあり方)

調整係数による個別施設単位での調整の廃止と、医療機関の機能を評価した機能評価係数Ⅱと基礎係数への置き換えを、今後段階的に進める中で、個別医療機関ごとの診療内容のバラつきについて、一定程度、収斂していくことが期待される。これらのバラつきについて、今後の経過とともに、機能評価係数Ⅱによる調整幅の中で吸収できる程度に収束していくか注視しつつ、必要に応じた最終的な対応について検討する必要がある。

○ 激変緩和措置のあり方

平成 24 年診療報酬改定では、調整係数の基礎係数・機能評価係数Ⅱへの置換えに伴う個別の医療機関別係数の変動について、激変緩和の観点から、医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)に基づき、2.0%を超えて変動しないよう暫定調整係数を調整した。

これらの激変緩和の対象となった施設については、引き続き段階的に実施される置換えについてどのように対処するか、各施設が今後の運営の中でそれぞれの施設の特性に応じて検討する必要があるが、平成30年を目途とする最終的な完全移行の段階において、それまでの改定で猶予された変動分が集積している可能性もある。この場合、減額変動を緩和して猶予した施設については、最終的に出来高算定を選択する余地があるものの、増額変動を緩和して猶予した施設については、施設が希望しない場合 DPC 制度に残留することとなり、結果的に大幅な変動が最終段階で集中する可能性がある。

上記のような状況も含め、今後の段階的な暫定調整係数の廃止(基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換え)に伴う、最終的な置換え完了を見据えながら、改定時の激変緩和措置について、どのように考えるか、今後、引き続き検討する必要がある。