

平成 22 年 11 月 24 日 D P C 分科会 検討概要 (検討事項と主な意見等)

① 包括評価の対象患者（D-3 精神科病棟入院患者と一般病棟に入院する精神患者の比較について）

- 一般病棟の急性期病床で行われている包括評価をそのまま精神病棟に適用することは、医療資源の投入量がかなり異なっているため適切ではないが、精神病棟での診療実態を評価するための患者分類として D P C を適用するのであれば、現時点でも十分に活用可能であるとの指摘があった。

② 包括評価の対象とする診療報酬項目（包括範囲）

- いわゆるモノ代と施設管理運営費の範疇に入るものは包括という整理については、本来、特定保険医療材料費及び手術当日の薬剤費なども該当するはずなので、今後、包括の適用を検討すべきであるとの指摘があった。

③ 包括評価の算定方式（1日当たり定額報酬算定）

- 現行 D P C 制度（1日当たり定額報酬算定）の算定には最適点があり、一定日数以上入院しないと採算が合わない等の理由から在院日数が逆に長期化すると指摘も踏まえ、現時点で現行の D P C 制度（1日当たり定額報酬算定）を見直し、DRG/PPS（1入院当たりの定額報酬算定）に移行すべきか否かについて、検討がなされた。
- 現状では、病院間の診療のバラつきが依然として存在しており、ここで DRG/PPS を導入すれば、患者を退院させる強力なインセンティブが発生し大きな社会的混乱を起こすこと、また、米国 DRG/PPS の DRG（診断群分類）による説明力は 50% 程度でしかない中で、米国に存在する民間保険も含めた多様な医療保険制度の中での部分的活用にとまっているから弊害は小さいが、皆保険単一制度の我が国での導入には問題が多すぎることに、更に、我が国全体として在院日数が短縮傾向にあること等が指摘され、現時点ではその必要性は無いとの見解で分科会としての合意が得られた。
- また、最適点の存在や在院日数長期化という弊害に対しては、1日当たり点数の階段設定をさらに細かくすることで対応できるのではないかとの見解が示された。一方で、このような細分化は制度をより複雑化し簡素化の流れと逆行するとともに、現状は許容範囲ではないかという見解も示された。

④ 医療機関別係数による評価（D-4 DPC制度の基本的な考え方に関連する論点（2））

- 調整係数の問題点は、DPC導入時点（参加時点）での最初の出来高点数と包括点数との差の調整が、それ以後の改定時（調整係数の設定）においても維持されてしまうところにあり、直近の診療実績データに基づき調整係数を再度計算してみることも検討すべきではないか、更に、以前、分科会で議論になった「基礎係数」についてもこのような直近の診療実績データに基づき設定するのが基本になるのではないかと指摘があった。
- 調整係数を病床規模別にみると偏りがあり、これは病床規模に応じて病院の持つ機能が異なっていることに起因するのではないかと、更に、これらの病院が同じDPC（診断群分類）点数表で評価がされているために病院機能の差が調整係数に表れているのではないかと指摘があった。
- DPC制度参加病院が努力して診療の効率化を図れば、診療密度が下がるため、結果として包括点数評価の根拠となる出来高換算点数も逓減されることになる。これに追従するように調整係数が下がれば、医療機関にとって効率化の努力をするインセンティブが無くなるため慎重にすべきではないかと指摘があった。
- 調整係数の役割や診療行為区分から見た内訳がどのような構造になっているのかについて、今後更に研究班によるデータ分析も行うこととされた。

⑤ その他

- 「DPC」という呼称については、診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度（DPC制度）を意味する場合と、患者分類としての診断群分類（DPC）を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にするべきという指摘があった。特に、本来DPC（Diagnosis Procedure Combination）は後者の意味で作られた単語であったため、1日当たり定額報酬算定制度を意味する適切な略称について別途、整理することとされた。

【事務局整理案】

DPCに基づく1日当たり定額報酬算定制度

= DPC/PDPS

(Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System)