

## DPC 制度に係る検討経過と今後の対応に関する論点について

### 1. 要旨

平成 24 年改定に向けた DPC 制度(DPC/PDPS)の検討については、平成 22 年 9 月 29 日開催の中医協総会です承された検討方針(参考 1)に基づき、これまで 4 回(平成 22 年 10 月 26 日、11 月 24 日、12 月 16 日、平成 23 年 1 月 13 日) DPC 評価分科会において検討を進めてきた(検討概要は参考 2)。

これらの検討により、今後の対応に関する基本的な考え方(総 - 3 - 1「DPC 制度(DPC/PDPS)の基本的考え方」とともに、平成 24 年改定での対応に向けた、幾つかの論点と今後の対応について整理がなされたところである。

上記を踏まえ、改定対応の具体案等については、引き続き、DPC 評価分科会において検討を継続してはどうか。また、その前提として、今回、これまでの検討成果に基づき整理が求められている、今後の検討の方向性に係る幾つかの論点について、以下、中医協において検討してはどうか。

### 2. 検討すべき課題と今後の対応等

#### (1) 精神病棟への対象の拡大

【総 - 3 - 1 「2.(2) 包括評価の対象患者」関連】

#### 【論点】

- ・ いわゆる総合病院の精神病棟における身体合併症を有する精神科患者への治療についても、DPC/PDPS の対象とすることについて、どう考えるか。(現行は一般病棟入院患者に限定)

#### 分科会での検討結果

10 対 1 の看護配置を満たさない等、資源投入量が異なる実態があると考えられることから、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適切ではない、という指摘がなされた。

一方で、精神病棟での診療実態の評価を推進するための DPC の活用は重要であり、来年度以降の DPC/PDPS 導入影響評価において精神病棟に係るデータについても整理・分析することが必要との指摘がなされた。

#### 検討事項

- 分科会での検討を踏まえ、DPC/PDPS 対象患者の精神病棟入院患者への拡大や来年度以降の DPC/PDPS 導入影響評価における精神病棟に係るデータの整理・分析について、どう考えるか。

## ( 2 ) 1 入院当たり算定方式への移行

【総 - 3 - 1 「 2 . ( 2 ) 包括評価の設定方式」関連】

### 【論点】

- ・ 制度導入時、医療現場における診療のバラつきの実態等を踏まえ、1 入院当たり定額算定方式（いわゆる DRG/PPS と同様な方式）ではなく、現行の 1 日当たりの定額報酬算定方式（DPC/PDPS）が採用された。
- ・ 現行の 1 日当たり定額方式（DPC/PDPS）では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の指摘もある。このようなことから、現時点で 1 入院当たり定額算定方式に移行すべきではないか、との指摘について、どう考えるか。

### 分科会での検討結果

1 入院当たり定額算定方式（DRG/PPS）には明らかな在院日数短縮のインセンティブがある。しかし、現行 DPC/PDPS では特に高額薬剤等について一定日数以上入院しないと採算が合わないため、在院日数が逆に長期化する傾向にあり（いわゆる「最適点」が存在）入院期間 でこの傾向が顕著である、といった指摘がなされた。

一方で、以下のような課題も指摘された。

- イ) 病院間の診療のバラつきが依然として存在する中で、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
  - ロ) 米国 DRG/PPS の診断群分類による算定報酬の説明力は 50% 程度でしかなく、民間保険を含む多様な医療保険制度における部分的な活用に留まっているため米国全体としては弊害は小さいが、事実上の皆保険単一診療報酬制度の我が国で導入するには問題が多すぎる
  - ハ) 我が国全体として平均在院日数が短縮傾向にあること、更に DPC/PDPS 対象病院は出来高算定病院より急峻に在院日数が低下してきており、在院日数短縮に一定の寄与が認められること
- 二) アメリカ並みの在院日数短縮が日本社会において望まれているとは考えにくいこと

以上を踏まえ、現時点では 1 入院当たりの定額報酬算定に移行する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意見が示された。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。

### 検討事項

- 分科会の見解を踏まえ、現時点で、現行の DPC/PDPS を 1 入院当たりの算定方式に移行することについて、どう考えるか。

( 3 ) 調整係数見直し後の医療機関別係数の在り方

【総 - 3 - 1 「 2 . ( 2 ) 八 調整係数の役割」関連】

【論点】

- ・ 中医協で既に決定された「調整係数が果たしていた役割のうち、『前年度並の収入確保』という機能は廃止する」(平成 20 年 12 月 17 日・基本小委)という方針から、過去の報酬水準を個別医療機関毎に継続的に反映させる診療報酬の調整は適切ではないとされる。
- ・ 一方で調整係数により、包括範囲に係る診療行為のバラつきの吸収や、DPC/PDPS 参加による診療実績の開示や医療の標準化・効率化への取組みが推進される一定のインセンティブ、という効用が指摘されている。
- ・ 調整係数の廃止に伴いこれらの役割を維持するのであれば、何らかの措置が必要であり、具体的な対応としてどう考えるか。

[留意点]

今回の整理は、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について検討するもの。これらを今後、具体的にどのようなスケジュールで導入するか、経過措置についてどのような対応をするか等については、別途検討が必要。

分科会での検討結果

- 1 【論点整理】

イ) 調整係数の運用によって得られた効用について今後の在り方

医療機関毎の医療資源投入量のバラつきについては、重症患者の多寡や地域特性等の事情が反映される部分もあることから、何らかの措置が必要であるという点について、概ね意見の一致を見た。

DPC/PDPS 参加へのインセンティブについては、現状でも出来高算定との比較で DPC/PDPS の方がある程度の高い報酬レベルを維持されている事でインセンティブが付与されており、ある種のインセンティブが付与されることについて、概ね意見の一致を見た。

ロ) 包括評価における適切な診療実態の反映

直近の診療実績データ(改定時の過去 2 年間・10 ヶ月の出来高算定点数データ)に基づき包括評価の設定を行うとともに、制度参加時点での報酬水準が結果的に維持される現行の調整の仕組みを廃止することについては、概ね意見の一致を見た。

調整係数の廃止に向けた対応として、現状で調整係数が担っている役割や機能を全て、今回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、不可能であり、機能評価係数では評価しきれない係数部分（平成22年改定の議論で提起された基本的な診療機能に対応する「基礎係数」）の設定を検討する方向で進めることが必要、との指摘がなされた。

#### 八) 包括評価を調整する仕組みの在り方

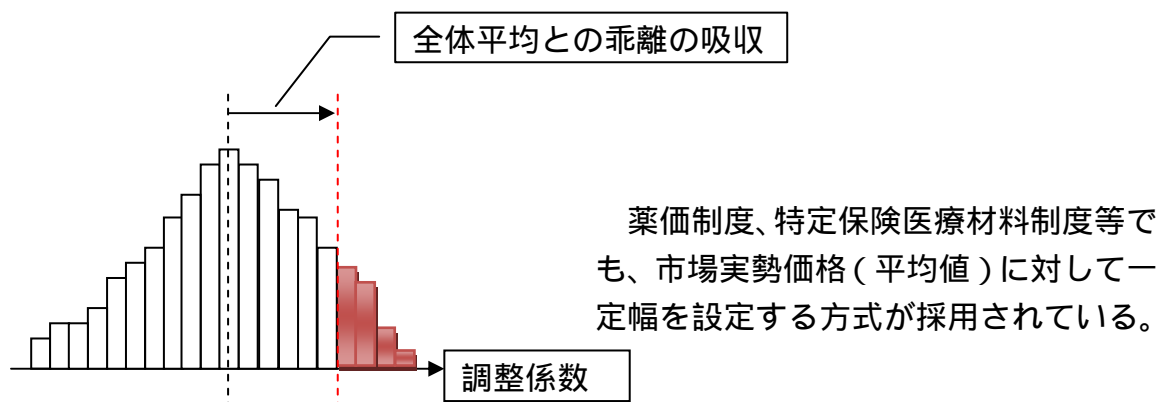
一定幅による調整は必要との指摘がある一方で、DPC/PDPSへの参加は特定機能病院を除けば医療機関の選択性になっており、退出ルールが整備されている現状では、一定幅を設定するのではなく医療機関の選択に委ねるべきではないかとの指摘もなされた。

多様な病院がDPC/PDPSに混在する中で、例えば100床規模の病院と特定機能病院を同じスケールで評価することは困難であり、全体を一本にして調整係数を置き換えるのではなく、病院を類型化したうえで、病床規模別などの病院の機能や特性を反映させた「基礎係数」を設定するなどにより、今後の機能評価係数への置き換えを進めるべき、との指摘がなされた。

#### <参考> 具体的な対応手法の例

##### i) 一定幅

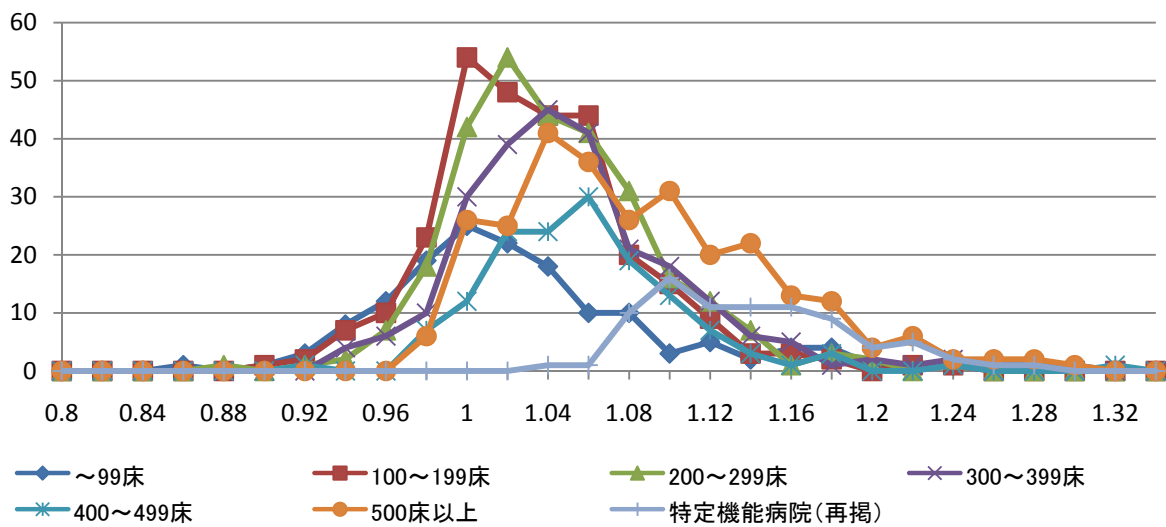
- 例えば、全DPC病院における出来高診療報酬の実績値を単純に平均値した包括報酬で評価した場合、概ね半数程度の対象病院については、出来高算定に相当する診療報酬額を確保できないことになり、提供される医療の質に影響を及ぼすことも懸念される。
- このため、DPC対象病院のうち一定範囲の医療機関について、運営に支障が生じない程度の診療報酬水準を確保できるような措置が必要。
- このような観点から、DPC/PDPSに参加する医療機関の安定運営及び適正な競争環境を確保するとともに、制度への参加を促す措置として、包括報酬設定に際して、平均的報酬水準に一定幅を加味して設定する。



ii) 施設特性の反映

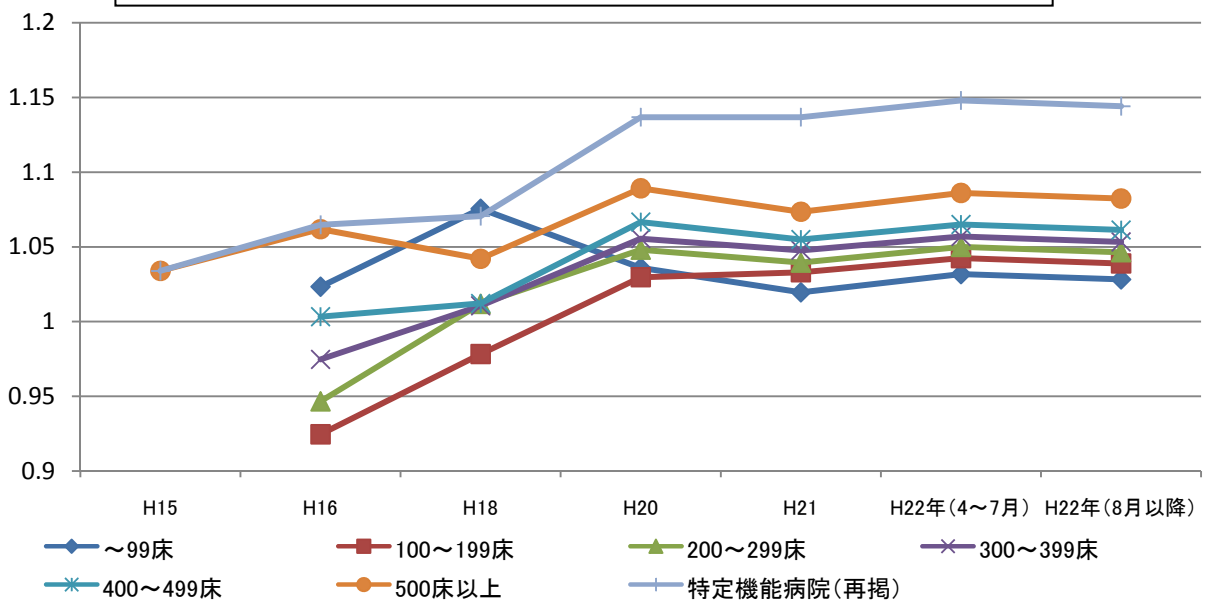
- 診療内容のバラつきが、施設の規模や施設の持つ診療特性との間で、一定の関連のあることが示唆されている。例えば、特定機能病院は他の病院との比較で施設ごと調整係数が高い傾向にあり、これは概ね、平均的な診療密度（＝包括範囲に該当する出来高相当の平均診療報酬点数）の多寡に相当すると考えられる。

調整係数の分布（H22年8月以降、病床規模別）



- 同様に、施設の病床規模に応じて調整係数の大きさが影響を受けていることから、施設のもつ体制や診療特性がこれらに何らかの形で反映されていることが示唆されている。

調整係数中央値の年次推移（病床規模別）



## - 2 【具体的な対応案】

### <事務局提案（たたき台）>

#### (1) 基礎係数の導入

包括範囲の診療報酬のうち、機能評価係数 で評価されない、基本的な診療機能に対する診療報酬を「基礎係数」により算定する。

#### (2) 診療のバラつきへの対応

##### 一定幅の導入

病院毎のバラつきを一定程度吸収するとともに、医療の効率化の進展を適切に反映させる観点から、包括評価に「一定幅」を設ける。

##### 施設特性の反映

上記(1)の 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 対象病院を幾つかの医療機関群に分類し（例：特定機能病院群）それぞれの医療機関群毎に「基礎係数」を設定する。具体的な医療機関群の設定方法は今後検討する。

その際、基礎係数は、効率化の進展を適切に反映するため、直近の診療実績（改定前2年間分の出来高実績データ）に基づく医療機関群毎の平均値により算出する。

#### (3) DPC/PDPS 参加へのインセンティブの確保

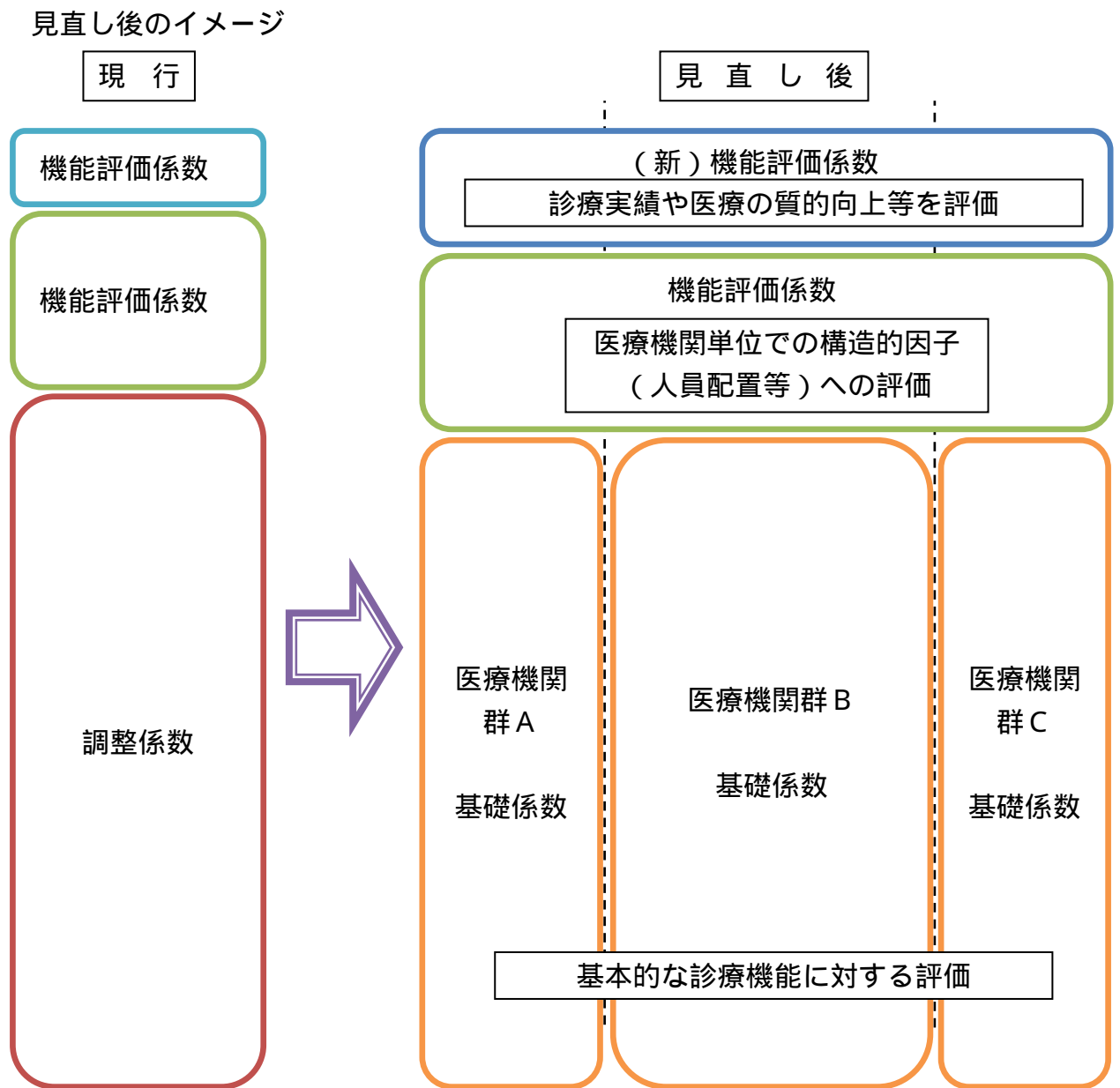
医療機関の DPC/PDPS 参加のインセンティブについては、機能評価係数として設定することとし、現行の機能評価係数 及び平成 22 年診療報酬改定において導入した機能評価係数 は、これらの趣旨を踏まえ、次の様に再整理する。

##### 機能評価係数

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、医療機関単位での構造的因子(Structure)を評価する係数として、全て出来高評価体系における点数設定を元に設定する。

##### (新) 機能評価係数

基礎係数及び機能評価係数 の考え方とのバランスも踏まえ、診療実績や医療の質的向上への貢献等に基づき、医療機関が担うべき役割や機能を評価する係数をインセンティブとして設定する。その際、医療機関群の特性に応じた項目の設定も含め、その内容及び配分について、今後検討する。



<平成 23 年 1 月 13 日 DPC 評価分科会における検討のポイント>

- 調整係数見直し後の最終的な医療機関別係数のあり方について、基本的な考え方を踏まえ具体案を検討
- 上記検討では、医療機関群設定の考え方や具体的な医療機関群のあり方について重点的に議論
- 今後は、実際のデータを活用した検証結果を踏まえながら、具体的な医療機関群のあり方を検討

検討事項

- 分科会の検討成果を踏まえ、調整係数見直し後の医療機関別係数の在り方の【論点整理】及び【具体的な対応案】について、どう考えるか。
- 今回提示された【具体的な対応案】の更なる検討に向け、必要なデータ収集及び分析を踏まえながら、引き続き DPC 評価分科会において検討作業を進めてはどうか。