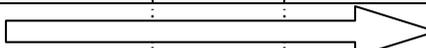
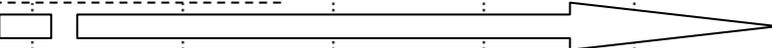
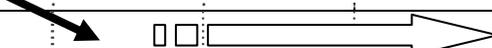
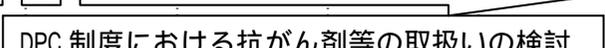


今後の検討スケジュール

検討課題	平成 22 年			平成 23 年							平成 24 年	
	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月～12 月	1 月～3 月
1. 基本的な考え方の整理 (1) DPC 制度における包括評価の基本的な考え方				<div data-bbox="380 295 1075 534" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DPC 制度における包括評価の考え方の整理 DPC 制度の運用における包括評価を適切なものとするための対応の整理 医療機関別係数の役割と調整係数の評価事項の整理 調整係数の役割や評価事項を踏まえた医療機関別係数のあり方の検討 </div>								
2. 具体的な事項の検討 (1) 機能評価係数Ⅱを含めた医療機関係数の具体的な評価項目				<div data-bbox="649 614 1254 694" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 医療機関別係数のあり方を踏まえた、既存項目（機能評価係数・）の評価と再整理 </div> <div data-bbox="817 702 1344 805" style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 適宜特別調査等を実施 </div> <div data-bbox="1064 805 1836 917" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">  新たに導入すべき項目の具体案の検討 </div>								
(2) 円滑な調整係数・置換え工程のあり方				<div data-bbox="1344 933 1836 1061" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">  平成 22 年の導入の影響を踏まえた、今後の置換え行程のあり方の検討 </div>								
(3) 抗がん剤を含む高額薬剤等の取扱い				<div data-bbox="817 1093 1422 1204" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">  包括対象の高額薬剤・処置等診療行為の DPC 制度における基本的な取扱いの考え方の整理 </div> <div data-bbox="974 1212 1265 1268" style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> ヒアリング </div> <div data-bbox="1220 1268 1825 1332" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">  DPC 制度における抗がん剤等の取扱いの検討 </div>								

平成 22 年 10 月 26 日・D P C 分科会「D P C 制度の基本的考え方 に関連する論点」検討概要（検討事項と主な意見等）

包括評価の対象患者

- 24 時間以内の死亡患者（新生児は 1 週間以内）除外の考え方は、高額な場合だけでなく低額の場合も踏まえた対応であることを明確化すべきとの指摘があった。
- いわゆる総合病院の精神病棟で、身体合併症を有する精神科患者への治療を評価すべきとの現場からの意見については、10 対 1 の看護配置を満たさないことや、総合病院の精神科病棟や精神科専門病院の実態等を踏まえた検討が必要とされ、今後、これらの診療実態に関する D P C 調査研究班の分析結果を得て更に検討することとされた。

包括評価の対象とする診療報酬項目（包括範囲）

- 現行の包括範囲の設定については、平成 10 年の急性期入院医療の定額払い方式の試行時及び平成 15 年の D P C 制度導入時の検討において、手術など過剰実施恐れが低い技術料的な色彩の強い診療報酬項目について、包括範囲から除外すべきとの現場の強い要望も踏まえて出来高評価とし、いわゆるモノ代や入院基本料等の施設管理運営の範疇に入るような項目が包括評価の対象とされた経緯が示された。
- 現行制度はこのような経緯や考え方により設計されたものとして、今後の検討を進めることとされた。

包括評価の算定方式（1 日当たり定額報酬算定）

- 1 入院当たり定額算定制度（D R G / P P S）は明らかな在院日数を短縮するインセンティブがあるが、D P C 制度（1 日当たり定額報酬制度）の場合は最適点があり、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傾向にあること、特に高額のがん剤等について入院期間でこの傾向が顕著であること、といった課題が指摘された。
- 一方で、D P C 対象病院の在院日数はそれ以外の出来高算定病院より急峻に下がっており在院日数の短縮に D P C 制度が一定の寄与をしていること、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、などの視点から現行 D P C 制度の算定方式自体は現行の形で良いのではないかとの見解も示された。
- また、これらの問題は、現行 D P C 制度における点数設定の弾力化で対応できるとの指摘もなされた。

医療機関別係数による評価

- D P C 制度は出来高評価が基本とされているが、平成 22 年改定の機能評価係数導入では出来高に根拠のない評価が入ってきているとの指摘がなされたが、これについては理論的背景が十分に説明されていないだけではないかとの見解も示され、今後の医療機関別係数の検討で考え方を整理する必要性が示された。

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)

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。

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。

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、D R G / P P S (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 D R G / P P S 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 D R G / P P S の D R G (診断群分類) による説明力は 5 0 % 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。

医療機関別係数による評価（D - 4 D P C 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、D P C 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D P C（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。

D P C 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逡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。

その他

「D P C」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（D P C 制度）を意味する場合と、患者分類としての診断群分類（D P C）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D P C（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】

D P C に基づく 1 日当たり定額報酬算定制度

= D P C / P D P S

（Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System）

平成 22 年 12 月 16 日 D P C 評価分科会 検討概要 (検討事項と主な意見等)

医療機関別係数による評価

(D - 5 D P C 制度の基本的な考え方に関連する論点 (3))

調整係数の運用によって得られてきた効用についての今後の在り方

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。

バラつき対応の考え方について、D P C 制度 (D P C / P D P S) は、医療の標準化や効率化の取り組みを推進することが一つの目標であることから、例えば重症患者は重症患者同士で、同じような医療資源が投入されるべきであり、安易なバラつき容認は適切ではないとの指摘がある一方で、諸外国の診断群による包括払い制度の経験も踏まえ、D P C をいくら精緻化しても限界がある (一定程度のバラつきが残る) ことから、一定範囲のバラつきを吸収しながら施設間の特性の違いにも対応する形で評価するのが現実的ではないかとの見解も示された。

D P C / P D P S 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 D P C / P D P S 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。

包括評価における適切な診療実態の反映

D P C / P D P S 導入時点 (制度参加時点) 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いう現行制度の問題について、包括評価の設定について直近の診療実績データ (相当する出来高算定点数) に基づき行うとともに、制度参加時点での報酬水準を結果的に維持する現行の調整係数による調整の仕組みは廃止すべき、との指摘がなされ、これらの点については、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。

包括評価の設定で活用する“直近のデータ”については、改定時の過去2年間・10ヶ月データに基づくのが現実的ではないか、との提案があり、概ね意見の一致を見た。

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。