

平成 23 年 11 月 7 日 DPC 評価分科会 検討概要

(検討事項と主な意見等)

I 医療機関群の具体的な要件について (2) (D-2)

(1) (仮) 高診療密度病院群の具体的な要件 (修正案) について

- 臨床研修機能の評価で、臨床研修医が指導医の比較的多い病院に集まりやすいと考えられるが、臨床研修医の密度と全医師の密度の相関が示されていない、との指摘がなされた。
この点については、今回の修正案が、医師密度 (全医師) を明示的要件から除外する代わりに「高度医療機能」、「重症診療機能」の二指標を修正して医師密度の要素を取り入れる一方で、臨床研修医密度は「医師研修機能」を評価する指標として卒後 5 年以内の医師密度の代替として今回修正したものであり、考え方として医師密度 (全医師) を代替するものではないことが確認され、この考え方については、過去の分科会での卒後年数についての議論や医師獲得競争への懸念も踏まえた解決案として、完璧ではないが現時点では最も妥当ではないか、との見解も示された。
- 原案と修正案それぞれの設定要件をクリアした病院数 53 件と 45 件を構成する病院の内訳について、主な部分は共通した病院で構成されるが、一部の病院で入れ替わりのあることが確認された。
- 「高度な医療技術の実施」要件で評価対象としている外保連手術試案について、カテーテル手術や内視鏡手術が含まれていることが示された。更に、現時点では内科系の客観的な技術評価体系が整備されていないこともあり今回の外科系を中心とした外保連手術試案活用による要件設定となっていること、「重症患者に対する診療」の評価 (複雑性指数の補正) では一定の内科系診療が評価されていることも確認された。
- 以上の検討を経て、今回提示された大学病院本院以外の (仮) 高診療密度病院群の具体的な要件 (修正案) については了承された。

(2) 最終的な医療機関群の設定について

- 以下のような観点から、C 案 (大学病院本院とそれ以外の 2 群案) を支持する意見が示された。
 - ・ 大学病院本院が明らかに異なることは理解できるが、高診療密度病院群とそれ以外の急性期病院については連続性があり、境目にあるほとんど差のない病院の間で基礎係数が異なることによる混乱が生じる懸念がある。
 - ・ 卒後臨床研修制度が始まって大学病院から大病院に医師が移り、そこから医師が派遣されないために中小病院が疲弊している。医師派遣

機能から考えて大学病院本院は特別な存在で、大学からの医師派遣を得て、地域の大病院と中小病院の競合が回避できる仕組みが必要。

- これに対して、以下のような指摘もなされた。
 - ・ 必ずしも大学病院本院だけが他の病院を支えているということではなく、ある程度の医師がいるところは、地域の病院も含めて支えているととらえるべきではないか。
 - ・ C案ではその他急性期病院群内のバラつきが大き過ぎることが懸念され、医師の派遣もC案では（大規模の施設で）医師の適切な配置ができなくなり、逆に困難になるのではないか。
 - ・ 卒後臨床研修制度については、ある程度時間が経過した現在では、2年の研修を修了した人が戻ってくるなど引揚げ状態がかなり緩和されてきて、医師密度の高い病院から地域への医師の派遣も進んできているのではないか。

- 一方、以下のような観点からA案（3群案）を支持する見解も示された。
 - ・ 現行制度では、様々な急性期病院が、在院日数の短縮や人員をそろえて高度な医療を実施する努力をしても評価が同じになってしまうことが問題だったのであり、これらの病院をその診療の中身で分けるというのは非常に合理的ではないか。
 - ・ 3群に分けてそれぞれの平均値を取っていくことでよりバラつきが吸収できる形に収まるのではないか。
 - ・ 今回は3群に分けることで対応しつつ、むしろ、その他の急性期病院群を今後更に詳細に分けていくべきではないか。
 - ・ 将来的に病院の役割分担を踏まえた制度設計を考えていくには、A案（3群案）の方が望ましいのではないか。
 - ・ 大学病院本院に近いグループがデータ上存在しており、ここを全く評価しないということには違和感がある。また、医療機関群の境目ではいろいろな問題が起きる可能性があるが、それは避けて通れない問題で、よりよい制度にするためには、その他の急性期病院群の内容を今後引き続き検討することも含めて3群案が最も適切ではないか。

- この医療機関群の検討と「社会保障・税一体改革成案」の高度急性期病院の関係について整理が求められ、基礎係数・医療機関群設定の検討の出発点は「調整係数の見直し」であり、「社会保障・税一体改革成案」を実現するためにこの検討を行っているわけではないことが確認された。

- また、今回提案された医療機関群の修正要件について、構造的因子（ストラクチャー）に重点を置いたものであり、必ずしもストラクチャーが十分ではないがアウトカムのいい病院が淘汰されてしまう懸念が示された。

これについては、今回の要件は、診療実績による評価が中心であり、厳密ではないにせよ構造的要因ではない評価手法が取り入れられていることが確認され、更に、今回の検討趣旨が調整係数の置換えにあることからすれば妥当ではないかという見解も示された。

- 最終的に、DPC評価分科会から中医協総会への報告では、医療機関群の設定についてA案（3群案）とすることで了承された。

Ⅱ DPC制度に係る平成24年改定に向けた対応について（中間報告2）（案）（D-3）

- 複雑性指数が医療機関群の群分けの基準に使用されていることについて、機能評価係数Ⅱでの評価のあり方には影響しないことが確認された（重み付けについては中医協総会における議論）。
- 中医協への報告書について、医療機関群の議論については本日の検討結果を踏まえて報告書を作成し、機能評価係数Ⅱの報告部分についてはこの原案通りで報告することが了承された。

Ⅲ 平成24年改定に向けたDPC制度に係る当面の対応について（D-4）

- 事務局より提示された12か月分データの取扱いについて、東日本大震災の影響を受けた医療機関が含まれている場合、医療機関別係数やDPC点数表等の改定への影響が生じる可能性があることから、一定の配慮が必要ではないか、との懸念が示された。これについては、被災関係施設のデータを今後整理し、全体への影響について評価できるように配慮しながら作業を進めることとされた。

Ⅳ DPC導入の影響評価に関する調査結果について（D-5）

- 病床規模別に見た時に、再入院率が増えている病床規模区分が見られるが、これは、DPC/PDPSに新たな病院が参加したためなのか、あるいは同一病院でこういう変化が起きているのか、これについて今後分析をする予定があるか、照会があり、必要であれば今後集計することとされた。
- 再入院・再転棟調査について、該当症例をまとめて事後的に照会する現行方式が医療機関側にとって調査負担となっており（過去の退院症例に遡って調査を行うため）、今後も同様の調査を継続するのであれば、退院患者調査に組み込んで合わせて入力する方式とした方が、調査負担が軽減されるとの指摘があり、この対応については、システム上の問題ではない、との見解が示された。

（了）