

診療報酬調査専門組織 (DPC評価分科会) 座席表

(日時) 平成23年1月13日 (木) 15:00~17:00

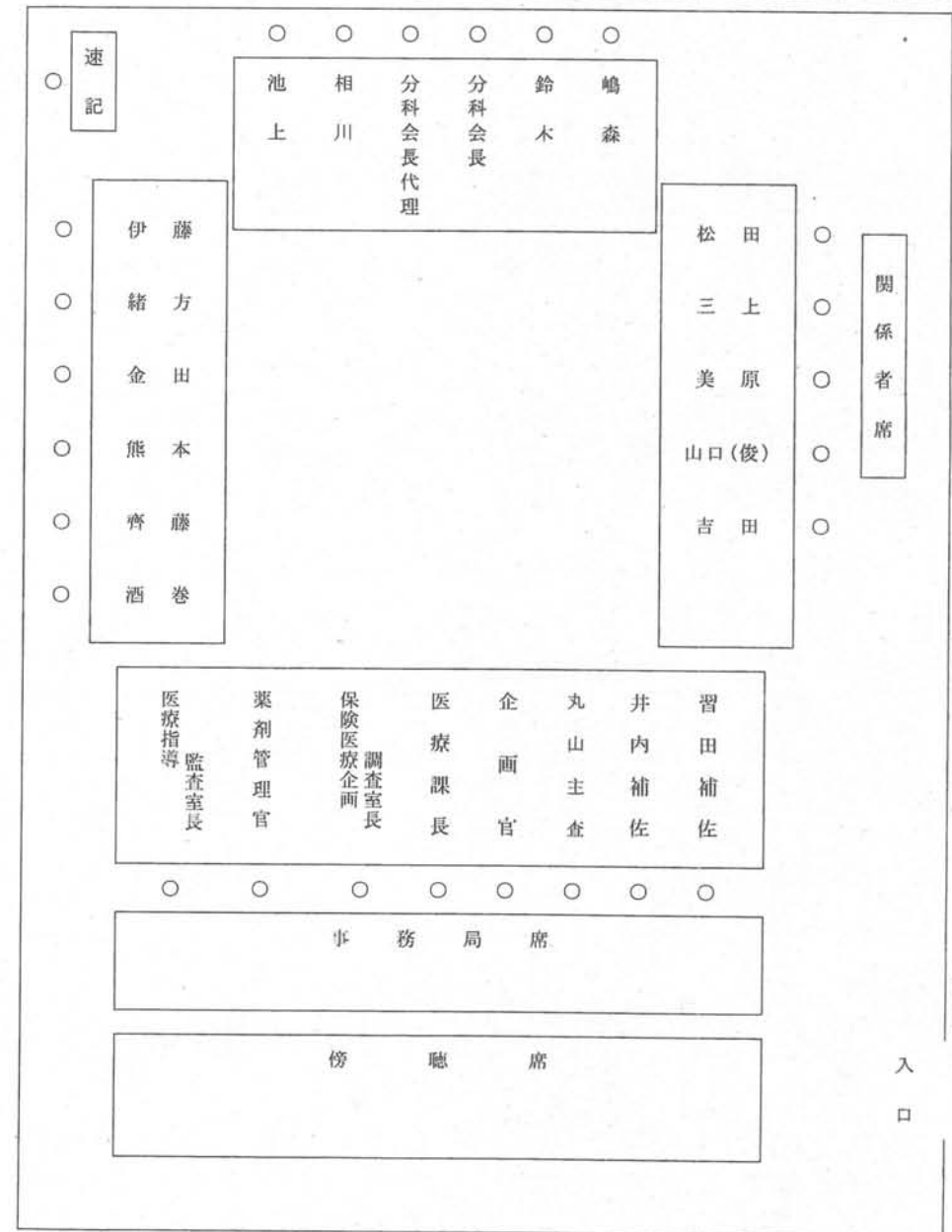
(会場) 厚生労働省専用第22会議室 (18階)

平成22年度 第10回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

日時：平成23年1月13日 (木) 15:00~17:00
 場所：厚生労働省専用22会議室 (18階)

議事次第

1. 平成22年12月16日・DPC評価分科会 検討概要
 (検討事項と主な意見等)
2. DPC/PDPS調整係数見直し後の医療機関別係数のあり方 (案)



診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会委員一覧

<委員>

氏名	所属等
相川 直樹	財団法人国際医学情報センター理事長
池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授
伊藤 澄信	独立行政法人 国立病院機構 総合研究センター 臨床研究統括部長
緒方 裕光	国立保健医療科学院 研究情報センター センター長
金田 道弘	社会医療法人緑社会理事長兼金田病院長
熊本 一郎	鹿児島大学医療情報管理学教授
○ 小山 信彌	東邦大学医療センター大森病院心臓血管外科部長
齊藤 壽一	社会保険中央総合病院名誉院長
酒巻 哲夫	群馬大学医療情報部教授
鈴木 洋史	日本病院薬剤師会常務理事・東京大学医学部附属病院薬剤部教授
嶋森 好子	社団法人東京都看護協会会長
難波 貞夫	富士重工業健康保険組合総合太田病院病院長
◎ 西岡 清	横浜市立みなと赤十字病院名誉院長
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
三上 裕司	日本医師会常任理事・特定医療法人三上会 総合病院東香里病院理事長
美原 盤	財団法人脳血管研究所附属美原記念病院院長
山口 俊晴	癌研究会有明病院副院長
山口 直人	東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学第二講座主任教授
吉田 英機	昭和大学医学部名誉教授

◎ 分科会長

○ 分科会長代理

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))

① 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。

② 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Ⅱに置き換えることは、今後さらに機能評価係数Ⅱ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。

③ 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。

DPC/PDPS 調整係数見直し後の医療機関別係数のあり方(案)

前回（平成 22 年 12 月 16 日）の DPC 評価分科会での議論を踏まえた、調整係数見直し後の医療機関別係数の具体案は以下の通り。

1. 基本的考え方

- 調整係数の問題は、DPC/PDPS 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維持されてしまうことにあり、医療の効率化の進展を適切に反映しつつ、この調整の仕組みを廃止する。
- これまで調整係数が果たしてきた、医療機関円滑運営のためのバラつきへの対応、DPC/PDPS 参加へのインセンティブについては、今後見直しを行う中で維持する。
- 具体的な調整の仕組みとして、施設特性の反映、一定幅の設定を考慮する。

2. 具体的な対応(案)

(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 I・II 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

① 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。

② 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 参加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 I 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 II は、これらの趣旨を踏まえ、次の様に再整理する。

① (新) 機能評価係数 I

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。

② (新) 機能評価係数 II

基礎係数及び(新)機能評価係数 I 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。

<見直し後のイメージ>

