

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。