

質 疑

入院（その5）DPC/PDPS について

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまのご説明につきまして、ご質問等がございましたら、お願いいたします。長島委員、お願いします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。109 ページの論点についてコメントします。まず、医療機関別係数についてです。

（医療機関別係数について）

- 保険診療係数について、「適切なDPCデータの作成」に係る実績状況を踏まえ、評価を廃止することについてどのように考えるか。
- 効率性係数について、入院・外来医療等の調査・評価分科会における検討結果も踏まえ、評価手法を見直すとともに、医療機関群ごとの評価とすることについてどのように考えるか。
- 救急医療係数について、評価の主旨が明確になるよう、名称の変更及び評価項目としての位置づけの再整理を行うことについてどのように考えるか。
- 地域医療係数における体制評価指数について、現状の実績分布や医療計画の見直しを踏まえ、評価手法や評価内容を見直すとともに、新たな評価項目を追加することについてどのように考えるか。

4つ目の丸の地域医療係数における体制評価指数のうち、医師少数地域への医師派遣機能については、医師少数区域にどの程度医師を派遣しているのか、あるいは、地域において真に必要とされている所に派遣しているのか等について、きちんと評価できるようにするべきと考えます。

また、今回は大学病院だけが対象となっていますが、へき地拠点病院等、その他の病院では、なぜ評価され得ないのかといった整合性についても配慮する必要があるように思います。

その他の項目についても、入院患者全体へのメリットをどのように説明するのか等、既存の評価との整合性については理解できる資料を提示していただいで検討を進めるべきだと考えます。

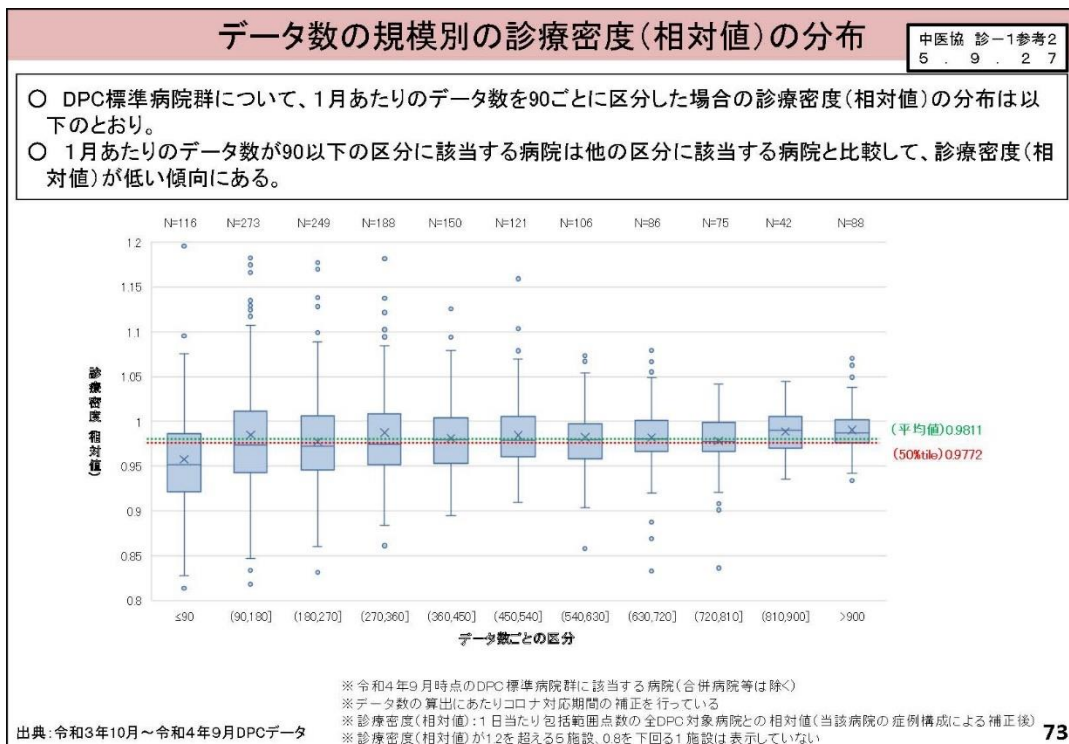
D P C 対象病院の要件についてです。

(DPC対象病院の要件について)

- DPC対象病院の要件について、DPC/PDPSの安定的な運用を図りつつ、適切な包括評価を行う観点から、「データ数」及び「適切なDPCデータの作成」に係る基準を新設することについてどのように考えるか。
- データ数が一定の基準に満たない医療機関について、診療密度(相対値)が低い現状を踏まえ、まずは基礎係数における評価を区別し、その後、要件判定の対象としていくことについてどのように考えるか。

D P C / P D P S の安定的な運用を図ることの必要性は理解するところですが、データ数等の基準を新設することによって、どの程度の医療機関がどの程度の影響を受けることになるのか。地域の医療資源の多寡なども踏まえて精査することが必要であると考えます。

また、今回の基準は出口だけでなく、入口にも設けるといっていいのでしょうか。現在の要件はD P C の運用を適正に行える急性期一般入院料、特定機能病院入院料を届けている医療機関というコンセプトだったと思いますが、今回の要件はそれとは少し異なるように感じています。



また、73 ページのデータを見ると、確かに診療密度の中央値はデータ数が 90 を下回る医療機関では、低くはありますが、データのばらつきを、その近くのデータ数と比較すると、そもそも分布が連続的であって、「特定の医療機関群」といった形で対象を特定できるような感じにはなっておらず、「退出ありき」で議論することは少々、乱暴ではないでしょうか。

いずれにしても、この論点の具体的検討を進めていくとすれば、令和 6 年度改定後も継続して行うことになり、実際に何を検討し、どういった道筋を医療機関がたどるのか。医療機関自身で是正できる種類の診療内容があるのか。平均値ではなく、具体的な内容の検討が示されていない中で現在の論点を了承することは困難です。

算定ルールについてです。

(算定ルールについて)

- 入院初期に投じられる医療資源投入量大きい診断群分類が増加している現状を踏まえ、実態に見合った評価を行う観点から、入院初期の医療資源投入量が現行の設定点数を上回る診断群分類に対し、点数設定方式Bを適用することについてどのように考えるか。
- 入院期間Ⅱより早期に退院させた場合の評価の充実化を図る観点から、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類に対し、入院期間Ⅰで入院基本料を除く包括評価を行う新たな点数設定方式を導入することについてどのように考えるか。

今回は、不要な在院日数の延伸につながらないように、より早期に退院させた場合の評価が検討されています。しかし、平均在院日数については、DPCごとに標準的な入院日数として「入院期間Ⅱ」が定められていることを踏まえれば、過度に早期退院を促すことは患者さんのためにも慎重であるべきだと思います。

そもそも、DPCの考え方として、必要とされる医療資源を適切に投入した場合に標準的な入院日数で回収できるように診断群分類ごとに1日当たりの点数として設定し、さらに医療機関の属性に応じて、それを医療機関別係数で設定されています。

もちろん、病院における早期退院の取組は評価されるべきではありますが、一方で、過度に促すことで、粗診粗療につながらないように留意が必要であると考えます。

そういったコンセプトについては既にD方式を新設する際に議論し、一定の結論が得られると得られていると思います。したがって、なぜD方式ではなく、本方式を取る必要があるのか、どういう診断群で必要とされているのかについて、より具体的、客観的なデータを求めたいと思います。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。続きまして、じゃあ、太田委員、お願いいたします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

はい、ありがとうございます。今回、個別の論点ではなくて、全体の、この見直しの論点そのものに関して、お話をさせていただきたいと思います。

今回、医療機関別係数に関しても、また対象病院の要件に関しても、また算定のルールの新たな設定方法の導入など、かなり大幅なDPCの制度の変更の提案をいただいているというふうに思います。

先ほど長島委員からもありましたが、より詳細な分析・検討を行っていく必要があるということと同時にですね、もし、この変更を行っていった場合に、各医療機関にどれぐらいの影響が出るのかというものは、やはりしっかりと把握をさせていただいて判断をさせていただく必要があるだろうというふうに思います。

先ほど、実調の資料、来週以降に2号側として意見、出させていただきますが、かなり医療機関の状況というのは大変な状況に追い込まれているということだと思えます。

そこに制度の変更によって、かなり大きな影響が出る場合、特にDPCというのは入院料の根幹でありますので、非常に大きな影響が地域医療に与えられる可能性が高いというふうに思いますので、そういう意味で慎重な検討を今後も続けていく必要があると思っております。以上でございます。