



平成26年度診療報酬改定とDPC制度の見直しからほぼ1年が経過し、これらの改革の影響と効果が見えてきた。それを踏まえつつ、平成28年度改定に向けて、DPC制度をさらにどのように改革していくか、その検討課題と方向性を中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織 DPC評価分科会の会長、小山信彌氏に聞いた。

(聞き手は、日経メディカル開発 編集担当 千田 敏之)

中央社会保険医療協議会
診療報酬調査専門組織 DPC評価分科会

会長 小山 信彌 氏

基礎係数や機能評価係数Ⅱの重み付けで 病院の機能と実績を正しく評価していく

○ 高精度で網羅的なデータが 適切な医療計画を作る

——まず、昨年4月の平成26年度診療報酬改定におけるDPC制度の見直しについて、お聞きます(図1)。機能評価係数Ⅱの「保険診療指数(旧・データ提出指数)」の対象が、7対1、10対1の急性期病棟だけでなく、すべての病棟に拡大されました。さらに、Ⅲ群も含むすべてのDPC病院で外来診療データの提出も必須となりました。これらの狙いをお話してください。

小山信彌氏 保険診療指数は、より高い精度のデータを収集するための見直しです。DPC制度が導入されて10年以上が経過しました。医療現場に不満は残っていないとは言いきれないまでも、大きな混乱もなく診療報酬の改定やDPC制度の見直しが行われてきました。これは収集したDPCデータを検証しながら改定が行われ

たからだと考えられます。言い換えれば、実際に行われている医療サービスが“丸裸”の状態になり、実情に即した改定が行われてきたからです。それならば、DPC導入病院だけではなく、もう少し広げて医療サービス全体が見渡せればもっと良いはずです。

DPC導入病院以外からもデータを収集するために、平成24年度改定で新設された「データ提出加算」の対象を急性期系の病床から、平成26年度改定で全病院、全病棟に拡大しました。地域医療の中核を担いながらもDPCを導入していない病院がありましたが、そのデータも収集ができるようになったのです。

病床の現状、そして将来を把握するものとして、「病床機能報告制度」が昨年より義務化されました。さらに地域医療構想の策定も始まります。DPCデータに、病棟がどのような役割を

担っていくかを示す病床機能報告制度が加わることで、日本の医療提供の実態を正確に描けます。これからはDPC制度などで吸い上げたデータを活用しながら、地域の医療提供体制の改革が進んでいくことになります。

○ 重症患者を診る病院ほど 高く評価する仕組みに

——機能評価係数Ⅱでは「救急医療指数」と「地域医療指数」の2つも見直されました。

小山氏 救急医療指数は“本当に”重症な症例に絞って評価するようにしました。DPC導入病院全体の平均で見ても救急入院は入院患者の2割程度のはずです。けれど7、8割が救急入院という病院があります。実際にヒアリングしてみると、「せきが出ただけで救急、熱が出ただけで救急」と“何でも救急”状態でした。

平成26年度診療報酬改定に関連した
DPC制度の主な見直し項目

入院基本料等の見直し等の反映

各医療機関別係数見直しに係る対応

- 調整係数の見直しに係る対応(調整部分の50%を機能評価係数Ⅱへ)
- 基礎係数に係る対応(Ⅱ群選定の実績要件見直し)
- 機能評価係数Ⅰの見直し
- 機能評価係数Ⅱの見直し
(後発医薬品指数の追加、データ提出指数・救急医療指数・地域医療指数の見直し)

算定ルール等の見直し

- 再入院ルール
- 持参薬の使用禁止
- 高額薬剤を用いる診断群分類の見直し
- DPC/PDPS傷病名コーディングテキストの公開等

退院患者調査の見直し

- Ⅲ群の外来診療データ提出

※中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織 DPC評価分科会
平成26年度第1回資料より抜粋

平成26年度改定前の「救急医療管理加算」の要件には、具体的な症状9項目のほかに、「その他」がありました。このその他が「何でも救急」の温床となっていたようです。そこで、その他という項目を削除して、具体的な症状9項目に「準ずる」ケースを点数が半分の「救急医療管理加算2」として新設しています。

地域医療指数に関しては、5疾病・5事業に対応して、「精神科病床」を加えました。それから脳梗塞が評価される一方、心筋梗塞が評価されていませんでしたので正しました。

おそらくこの次の改定の中では、精神科病床の評価はさらに高くなると思います。認知症や自殺企図の問題もきちんと対応すれば死亡率を減らせるので、精神科は大事な機能です。

● 後発医薬品指数は
診療科への説得材料に

——さらに機能評価係数Ⅱの7つ目の項目として「後発医薬品指数」が加わりました。

小山氏 後発医薬品の使用割合を評価しようという議論はだいぶ前からありました。ですが、「DPCなら収入は一定なので、支出を抑えられる後発医薬品を使用すればその分だけ収支がプラスになるので不要」という意見が優勢だったのです。しかし、実際に調査してみると、使用割合が少ない病院が多いことが分かりました。それらを動かすために、後発医薬品指数を加えたのです。

この指数には2つの役割を想定しました。1つ目は“ご褒美”。1年半から2年前のデータをベースにしますか

ら、改定前から積極的に後発医薬品を使用して60%を達成していた病院はすぐに高い評価を得られます。

2つ目は後発医薬品に対する理解を得がたい医療現場への“説得材料”。後発医薬品の使用に消極的な診療科の医師に対して、経営陣は「後発医薬品の使用割合を上げるだけでこの指数は“満点”を取れる」と説明して理解を求めてほしいのです。

しかし、平成28年度改定でこの指数は大きく見直されると思います。例えば、地域医療指数の場合は12項目のうち8~10項目を満たさないと“満点”を取れません。一方後発医薬品指数は1項目なので、その気になればすぐに取れます。使用促進を加速する効果はありましたが、バランスを欠いていたとも考えられます。

見直しで重み付けが小さくなると、

一番困るのは60%という数字だけを目標にして、安価な後発医薬品をたくさん入れて要件を満たそうとした病院でしょう。次の改定でその努力はあまり評価されなくなるかもしれません。仮に高額薬剤を後発医薬品に置き換えることで薬剤の購入費を3%削減できていれば、その分だけ収支が改善します。そういう視点で後発医薬品の使用割合を上げていってほしいと考えています。

● 振り替え先が議論される
調整係数の役割

——次に、平成28年度改定に向けた検討課題について、お聞きます(次ページの図2)。平成30年度までに調整係数を基礎係数や機能評価係数Ⅱに置き換えて、なくしていく方針に変更はないのですか。

図2

平成28年度診療報酬改定に向けた主な検討事項

「診断群分類点数表」に係る検討課題

- ICD-10(2013年度版)導入
- 重症度を考慮した評価手法(CCPマトリックス)導入

「医療機関別係数」に係る検討課題

- 適切な医療機関群のあり方に関する検討
 - ▶ I群のあり方
 - ▶ II群のあり方
 - ▶ III群のあり方
- 調整係数の置き換え完了に向けた枠組み
- 激変緩和措置のあり方

※中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織
DPC評価分科会 平成26年度第5回資料より抜粋

小山氏 はい。決定事項ですから。そこで、「調整係数の置き換え完了」に向けた枠組みが必要になります。

調整係数を削った分が乗せられる基礎係数と機能評価係数Ⅱの各項目に対して重み付けを検討しています。調整係数が50%なくなった現時点で、3桁の病院が微調整を必要としています。これからも調整係数を減らしていくと300~400を超える病院で微調整が必要になるでしょう。

この微調整を不要にするために、基礎係数と機能評価係数Ⅱで病院の機能と実績を評価する仕組みを作らなければなりません。基礎係数と機能評価係数Ⅱの重み付けを変える必要があるし、機能評価係数Ⅱの各指数にも重み付けが必要になります。その中でも、地域医療指数が重視されるでしょう。5疾病・5事業への取り組みを重視していますから。

——「医療機関別係数」に関する課題としては、「激変緩和措置」のあり方についても検討されていますね。

小山氏 調整係数が減った分だけ激変緩和措置が必要になる病院は増加します。基礎係数と機能評価係数Ⅱをどうするかがポイントです。

○ 精神科病床、機能移転がI群病院の見直し対象

——基礎係数や機能評価係数Ⅱをどのように見直すかが、さまざまな課題解決の鍵となるわけですね。I群、II群、III群のあり方を再確認し、どのように評価するかは各群ごとに決めるのですか。

小山氏 I群については、5疾病・5事業の一つ、精神科病床を持っていない大学病院と、大学病院の分院に救急などの機能を移したためにデータが外れ値になってしまう本院をどうするかという検討をしています。

特に精神科病床のほうは難題です。現状では、調整係数で評価していますが、一番高い病院と一番低い病院の差がとても大きくなっています。地域医療指数の中の精神科の項目の重み付けを高くしたらどうだろうかという意見や、I群に限って運用する機能評価係数Ⅱの重み付けを考えるという案もあります。何かしら、新しい形の係数を加えなければならぬかもしれません。

しかし、I群は80病院しかありませんので、まとめ上げることはできるでしょう。ただし、厚労省が何に重点を置くかによっても変わってきます。

○ 準I群から変わるII群病院の定義

——II群は現在、I群に準じた病院という定義ですが、I群とは別の評

価になるのでしょうか。

小山氏 II群独自の定義が必要ではないかと考えています。現状は、「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」の4項目がI群の最低値を超えている病院をII群としています。これを最低値から一定の値に変更するという考えがあります。

これは私見ですが、平成26年度改定で新設された「総合入院体制加算1」の要件をII群の定義にしてもよいのではないかと考えています。申請している病院は相当少ないですが、この要件はII群に求められる機能に近いのではないのでしょうか。

しかし、II群の病院は簡単に増やしたり減らしたりすべきではないので、定義が大きく変わることはないと思います。

○ 機能評価係数の重み付けでIII群病院を適正評価

——III群は細分化したほうがいいのではという意見がありますが、機能評価係数Ⅱの各指数の重み付けなどの見直しで細分化せずに評価していくのでしょうか。

小山氏 III群にはいろいろな病院がありますが、基礎係数の割合を減らして、機能評価係数Ⅱの重み付けを増やすことでより適正に評価できると思っています。実際にデータを見る限り、不適切な評価をされているとは思えません。

III群には一般病院のほかに特定の診療科をカバーする専門病院も含まれているので細分化が提案されますが、おそらく必要ないでしょう。



PROFILE

小山 信彌 氏

中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織 DPC評価分科会 会長

1972年東邦大学医学部卒業後、同付属大森病院にて研修。1974年同外科学第1講座研究生、1985年同外科学第1講座講師、1991年同胸部心臓血管外科学講座助教授、1995年同胸部心臓血管外科学講座教授。2000年同付属大森病院院長。2013年東邦大学名誉教授、東邦大学医学部特任教授。日本胸部外科学会、日本心臓血管外科学会、日本冠動脈外科学会などの理事を務める。

● 「ICD-10(2013年度版)」の導入は間に合わない？

——「診断群分類点数表」関連の課題では、「ICD-10(2013年度版)」と、肺炎や脳血管障害などの重症度評価手法として「手術処置」と「副傷病等」の組み合わせで分類する「CCPマトリックス」導入の準備は整っていますか。

小山氏 ICD-10(2013年度版)の平成28年度改定での導入は無理だと思います。30年度改定でもどうでしょう？ICD-11が検討されていますから二度手間になる可能性もあります。

CCPマトリックスは、来年から比較的症例数が多く、現在の評価では限界がある「肺炎」などで試行して検証しますが、平成30年度改定に間に合わないかもしれません。しかし、患者さんの重症度を評価する仕組みがDPCの分類にないので、間に合わない困ったことになります。これまで、重傷の患者さんをたくさん診ている病院には調整係数で報いてきたのですが、これからは機能評価係数Ⅱで評価するので、不可欠なのです。

「DPCデータが地域医療提供体制の改革を進めていくことになりました」

—— 小山 信彌 氏

● 病院指標の公表も評価対象に加わる見込み

—— そのほか、平成28年度改定に向

けて、検討されていることはあります。例えば、「年齢階級別退院患者数」、「診療科別症例数トップ3」、「初発の5大癌のUICC 病期分類別ならびに再発患者数」などの病院指標の公表を評価する検討も行われていますね。

小山氏 「病院指標の作成と公開」については、DPC導入病院に限らず、出来高病院も含めて評価することになるでしょう。DPCでの係数化は地域医療指数あるいは効率化指数に入れるのか、まだ分かりませんが、次の改定で加えたいですね。

DPCデータなど客観的なデータを基にさまざまな検討を行えるようになってから、医療サービスを提供する側は、全体の中で自分の病院がどこにいるかが分かるので、多少の愚痴は出ても、制度変更を受け入れてくれます。ルールを作る側も思い入れだけで進めることはなくなりました。より実情に即した改定を行うために、精度が高いデータの提出とヒアリングなどへのご協力を改めてお願いしたいと思います。