

DPC病院の機能や役割そのものを評価 導入当時の“分かりやすい”制度に回帰

2025年以降の社会に対応することを視野に入れた

2018年度診療報酬改定とともにDPC制度も改定された。

「複雑化して分かりにくくなった制度を、シンプルで分かりやすくした」

と言う診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会 分科会長の山本修一氏への取材を基に
今回の改定で注目されたポイントの背景や狙いを紹介する。



診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会
分科会長
(国立大学法人 千葉大学医学部附属病院
病院長)

山本 修一 氏

統合・細分化された 「急性期一般入院基本料」

2018年度診療報酬改定は、2025年以降の人口、年齢構成の変化に対応するために医療提供体制改革を進めるものとなり、特に入院医療の報酬体系が大幅に見直された。

1床、1日当たり200点以上と収入差が大きかった7対1、10対1入院基

本料は、「急性期一般入院基本料」に統合されて、入院料1～7と7段階に細分化された。この改定により、各医療機関は収入を激変させることなく、地域の医療需要に応じた入院機能に移行しやすくなった。

入院料1より30点低い入院料2では、「看護職員配置」が10対1以上で、「平均在院日数」は3日多い21日以内で、「在宅復帰・病床機能連携率」は問われないなど、より選択しやすくなったと思われる。

激変緩和措置は 改定年の1年間に限る

これに伴い、DPC制度でもいくつかの注目すべき改定があった(表)。

- 調整係数の基礎係数と機能評価係数Ⅱへの移行完了
 - 機能評価係数Ⅱの後発医薬品係数、重症度係数の廃止など
 - 医療機関群の名称変更
- といった項目が注目された。

今回のDPCの改定について、診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会の分科会長である山本修一氏(国立大学法人千葉大学医学部附属病院長)は、次のように総括する。

「今回のDPC改定の基本方針は、

とにかく複雑で分かりにくいとみなさんがおっしゃっているところを、いかに分かりやすくシンプルなものにするかということが一番のポイントでした。だから、分かりにくい部分は外して、できるだけきれいにしていきました」。

今回の改定で調整係数が基礎係数と機能評価係数Ⅱへ移行を完了することは既定路線であったが、調整係数がなくなることで、収入が激変する医療機関が存在する。この対策として、激変緩和措置がとられたが、この措置は改定年の1年限りとなっている。

「従来、次の改定まで激変緩和措置は続いていましたが、今回、それはやめることにしました。1年にどめておかないと、それがずっと引き継がれていくという反省もあります。本来DPC制度が急性期の標準的な医療サービスを正しく評価して、それに合わせた報酬を決めていくものですから、こういった措置は不要になっていくとも考えられます」(山本氏)。

機能評価係数Ⅱは 元の6項目に戻される

機能評価係数Ⅱの後発医薬品係数、重症度係数が廃止されたことも、「DPC制度を分かりやすく」の一環だと

山本氏は説明する。改定ごとに加わった機能評価係数Ⅱの係数を、当初の6つに戻したともいえる。

後発医薬品係数は、ほぼすべてのDPC病院で基準値を満たし、これ以上係数を高めにくい“停滞期”に入っていたとも見られる。しかも、機能評価係数Ⅱでは入院患者に対する評価にとどまってしまう。これらが、後発医薬品係数を機能評価係数Ⅱから外した主な理由となる。

今後の後発医薬品の使用比率は、機能評価係数Ⅰの後発医薬品使用体制加算で評価されるが、この場合はすべての医薬品が対象になり、入院だけでなく外来での後発医薬品の使用比率も評価されるため、使用促進を進めるうえでより効果的と考えられる。

重症度係数の廃止は、後発医薬品とは事情が異なる。

「機能評価係数Ⅱは、急性期病院それぞれのパフォーマンスを評価するものとして設定されています。しかし、重症度係数は標準以上の医療資源を投入した患者さんをどれだけ診たかを評価するものです。DPC制度は、患者さんごとにばらつきがあった医療サービスを標準化するためのものですから、評価の方向性に違いがあるといえます。ある意味“外れ値”となる医療サービスの提供は、重症度係数ではないほかの項目でカバーすべきでしょう」(山本氏)。

機能評価係数Ⅱに重み付けは不要

機能評価係数Ⅱに対しては、「係数ごとに重み付けを」といった声も聞か

表 調整係数の廃止(置き換え完了)に対応した医療機関別係数の整備

1 基礎係数(医療機関群)	現行の3つの医療機関群の設定方法と、4つの評価基準(DPC特定病院群)を継続 ※ 医療機関群の名称は、「DPC標準病院群」(現行のⅢ群)、「大学病院本院群」(現行のⅠ群)、「DPC特定病院群」(現行のⅡ群)に見直す
2 機能評価係数Ⅰ	従前の評価手法を継続
3 機能評価係数Ⅱ	後発医薬品係数、重症度係数を整理・廃止するとともに、基本的評価軸を6係数(保険診療係数、地域医療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数)とし、係数の評価手法について所要の見直しを実施
4 激変緩和係数	調整係数の廃止と診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定(改定年度のみ)

(赤字は、編集部によるもの)

れたが、それは見送られた。理由は、重み付けを行うことでDPC病院の機能や役割をゆがめてしまう危惧があったからだ。

DPCは大学病院には大学病院の役割があり、その他のDPC病院には、それぞれの強みがある。また地域での位置付けに応じた役割分担がある。特定の機能評価係数Ⅱの項目を高く評価すると、その項目を高める方向に動いていくDPC病院が現れないとも限らない。

また、山本氏は「機能評価係数Ⅱのすべての係数で“オール5”を取ることには無理があると思いますし、その必要はないと思います。それぞれのDPC病院のあるべき姿、現状のあり方を等しく評価するという点でも、重み付けは不要と考えています」と、もう1つの理由を語る。

医療機関群名称変更で昇格イメージを払拭

今回の改定以前から議論されてきた医療機関群の名称変更が行われた。Ⅰ群を「大学病院本院群」、Ⅱ群を「DPC特定病院群」、Ⅲ群を「DPC標準病院群」と見直した背景には、「ⅢよりⅡが上位。上を目指したい」とい

う一部の医療機関の意識がある。ここでもⅡ群の要件を満たすために本来の機能や役割を損なわないようにという願いが込められているようだ。

逆に、Ⅱ群の要件を満たしていても、Ⅲ群のままでいたいという医療機関もある。「DPC分科会のなかで、そういった考えに賛同する意見がありましたが、手続き的な問題もあり、今回の改定では対応しませんでした。今後、状況や環境に変化があれば、改めて議論されていくことになると思います」(山本氏)。

* * *

DPC制度導入の初期には、それまでの出来高制度での収入を維持するために、医療機関それぞれが担ってきた役割などを見直し、各係数などを高めることに注力するケースが見受けられた。しかしDPC制度の成熟とともに、投入された医療資源を適切に評価できるように改定され続けている。

DPC制度ありきの医療機関経営に過度にとらわれることなく、地域のニーズに応じて機能、役割分担を果たすことで結果的に経営が安定するDPC制度を、今回の改定でも目指している。