

## 中医協「第126回診療報酬基本問題小委員会」

### DPC対象病院拡大を了承 09年度は約1400病院に

中医協・診療報酬基本問題小委員会（委員長＝遠藤久夫・学習院大学経済学部教授）は12月3日、2007（平成19）年度からデータを提出してきたDPC準備病院が09年度、DPC対象病院に移行することを了承した。07年度DPC準備病院は710病院で、現行のDPC対象病院（718病院）と合わせると09年度のDPC対象病院は約1400病院に拡大する。

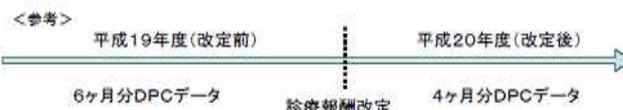
07年度DPC準備病院がDPC対象病院に移行するための基準は、これまでの議論で、08年度DPC対象病院の基準と同様とすることが了承されているが、「（データ/病床）比」については、08年度改定で同一疾病による3日以内の再入院は1入院としてカウント、退院時だけでなくDPC算定病棟から療養病棟などへ転棟した場合もデータを提出などデータ提出方法の見直しを行ったため、改定前後でデータ数のカウントが異なる問題があった。それについて同日の小委は、08年度分のデータも07年度と同じ方法でデータ数をカウントすることを了承した。

#### 基本小委でも【案1】の相加重平均を支持

09年度DPC対象病院（07年度DPC準備病院）は07年度の6カ月分、08年度の4カ月分のデータを提出しており、これらのデータをもとに調整係数を設定するが、改定を挟んでいるため、それぞれの年度のデータをどう扱うかが検討課題になっていた。

事務局は基本小委に先立ち、12月1日に開催されたDPC評価分科会で相加重平均を計算する【案1】と加重平均を計算する【案2】の2案（右図参照）を提案。

分科会では、「データ提出期間に長短はあるものの、07年度と08年度のそれぞれを代表するデータとして1対1で平均するのが統計的に正しい」（伏見清秀参考人・東京医科歯科大学医学部附属病院中央診療施設等医療情報部准教授）など、【案1】を支持する委



平成21年度DPC対象病院の調整係数の算出方法については、以下の2案のいずれかにしてはどうか。

【案1】平成19年度DPCデータ及び平成20年度DPCデータのそれぞれについて調整係数を計算し、均等に相加重平均を計算する。

メリット：改定前後の診療動向について均等に扱うことができる。  
デメリット：DPCデータの提出期間に応じた評価とならない。

【案2】平成19年度DPCデータ及び平成20年度DPCデータのそれぞれについて調整係数を計算し、データ提出期間（6ヶ月、4ヶ月）に応じた加重平均を計算する。

メリット：DPCデータの提出期間に応じた評価となる。  
デメリット：改定前のDPCデータの提出期間が改定後のDPCデータの提出期間に比べて長い為、結果として改定前の診療動向の影響が反映されやすい。

【案1】を了承

員が多かった。基本小委では、「08年度のデータのみで算出することはできないのか」(西澤寛俊委員・全日本病院協会会長)との意見が出たが、事務局は「病床数の少ない病院が参入しており、1年分のデータでは外れ値があった場合にデータが大きく変わってしまうため、2年分のデータとした経緯がある」(宇都宮啓医療課企画官)と説明。「具体的に計算はしていないが、【案1】と【案2】でそれほど違いは出ない」(同)ことから、基本小委でも07年度と08年度でそれぞれ調整係数を計算し、足して2で割る【案1】とすることで了承した。

### 新たな機能評価係数に導入する“連続的な評価”は一次直線のイメージ

同日の小委では、新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方(11月7日掲載 中医協「2008年度 第4回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会」記事参照)についても「基本的な視点はいいのではないか」(対馬忠明委員・健康保険組合連合会専務理事)など委員から異論は出ず、大筋で合意した。

#### 新たな「機能評価係数」の基本的考え方(案)

1.DPC 対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
2.DPC 導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点(医療全体の質の向上)が期待できる係数を検討するべきではないか。
3.DPC 対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
4.地域医療への貢献という視点も検討する必要があるのではないか。
5.DPC データを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。
6.その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬよう、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
7.急性期としてふさわしい機能を評価する観点から、プラスの係数を原則としてはどうか。

注:色字は弊社にて追記

(中医協・基本問題小委員会の資料をもとに作成)

基本的考え方の5に示した「連続的な評価の導入」について宇都宮企画官は、「たとえば〔医師が10人以上だったらこのくらいの係数〕という設定をすると、無理に加算を取ろう、係数を稼ごうとして、医師の確保に走るということが起きかねない」と述べ、DPCによって細かいデータが取れていることから、「いくつだったらどういうふうにする」ではなく、「 $y = ax + b$  という一次直線のようなイメージ。ある程度のものが積み重なれば、それに応じて加算も自動的に上がる方式が考えられる」とした。6については、連続的な評価の導入によって係数が無限に増えることがないように、上限を設ける必要があるとした。

委員からは、「現行で出来高となっている部分を総合的に見直す観点を加えるべき」(対馬委員)などの意見が上がり、遠藤委員長も“社会的”と“地域医療への貢献”の違いが不明。具体的な定義を示してほしいと、より具体的なイメージがわく資料の提示を要請。次回、事務局がまとめなおした資料をもとに、再度議論することになった。