

新機能評価係数 医師派遣など 10 項目は次回改定では導入見送り

中医協・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3月25日、診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会(分科会長:西岡清・横浜市立みなと赤十字病院長)から、現行の調整係数に代わる新たな「機能評価係数」に関する議論の経過報告を受けた。DPC データの活用可能性からカテゴリー分けした具体的項目案について基本小委では、係数設定のための分析データが不足しているが新たに調査をするには医療機関への負担が大きいものや、急性期としての評価が困難とされた項目(下表)に挙げられた[医師派遣]と[在宅医療]に議論が集中した。



医師派遣や在宅医療は急性期の評価として適切ではないと反対する中川委員(左)と藤原委員(右)

医療機関の負担が大きく速やかにデータを把握することが困難であるもの、または DPC における急性期としての評価が困難であるもの

- 重症度・看護必要度による改善率
- 合併症予防の評価
- 再入院の予防の評価
- 救急医療における患者の選択機能(トリアージ)の評価
- 全診療科の医師が日・当直体制をとっていることの評価
- 地方の診療所や中小病院へ医師を派遣することに対する評価
- 在宅医療への評価
- 新規がん登録患者数による評価
- 高齢患者数の割合による看護ケアの評価
- 第三者による外部評価を受けていることに関する評価

(赤字:議論の中心となった項目) 中医協の資料をもとに作成

藤原淳委員(日本医師会常任理事)は、「DPC 対象病院は急性期入院医療を担う病院のはず。医師派遣と在宅医療の評価はそこからかなり外れている」と係数化に反対。西岡分科会長も「地域の病院との意見交換の中で出てきた項目だが、分科会としても本来の急性期医療から外れると認識している」と述べ、意見として挙げたと説明した。また、中川俊男委員(日本医師会常任理事)は、「医師不足の原因の1つは医師の偏在。医師を派遣できる病院は医師が多くいるということで、医師不足の原因を作った病院がそれを評価してほしいという見方もできる。勝ち組のおごりだ」と語気を荒げて反対した。

医師派遣や在宅医療の評価を求める項目が挙げられていることに反発する意見が相次ぐ中、西澤寛俊委員(全日本病院協会会長)は「基本的考え方に“地域医療への貢献”の視点を検討する必要性が盛り込まれたことから分科会で出てきた意見であり、議論の筋に合わないものではない」との認識を示した。ただ、2010年度改定から入れるのは「難しい」とし、検討項目として残してその後議論することを提案。対馬忠明委員(健康保険組合連合会専務理事)も「改定のスケジュールから逆算すると、項目はある程度絞り込む必要がある」と西澤委員の提案を支持、[医療機関の負担が大きく速やかにデータを把握することが困難であるもの、または DPC における急性期としての評価が困難であるもの]については、どの項目を検討対象とするかも含めて2010年度改定後に議論することになった。

この他(DPC データを用いて分析が可能な8項目、DPC データによって一部分分析が可能、または医療機関の負担が少なく速やかにデータの把握が可能な5項目、既存の制度との整合性等を図る必要がある14項目)については、エビデンスを示すデータを求める意見が上がり、分科会がエビデンスを提示した段階で議論することになった。

なお、調整係数の廃止は、「機能評価係数がうまく代替できれば問題ないが、そうでない場合もあり得る」(遠藤委員長)ことから、激変緩和のため、経過措置を設けて段階的に廃止することで合意した。“段階的”の具体的な期間については、「新たな機能評価係数の結論が出ないと決められない」(対馬委員)ことから、結論は出さなかった。

DPCに“自主退出ルール”設定で合意

同日の基本小委では、DPC対象病院の自主退出ルールや2009年度DPC準備病院の募集などについても議論した。

一定の条件下で自主的にDPCを辞退できるルールの導入は、2008年10月22日の中医協・基本小委で診療側委員が提案していたもの(診療側委員連名の意見書『DPCに関する方向性について』)。現在は、DPC対象病院の基準の1つである一般病棟10対1入院基本料を3カ月以上満たせなくなった病院に対して、DPC対象病院から“除外”するルールがあるのみで、DPC対象病院を辞退するルールは設けられていない。中川委員は「病院の機能は、患者の状況などで変わるもの」と自主退出ルールの必要性を訴え、小島茂委員(日本労働組合総連合会総合政策局長)も「これだけDPC対象病院が増えると、今後は自主的に退出するルールも必要」と同意した。

事務局の「DPCがもうかるかもうからないかで制度に出たり入ったりする」ことの懸念は中川委員が「医療機関は今、多くが赤字。必死の状態で経営しており、もうかるかどうかで判断する状況ではない」と撥ね退けたこともあり、一定のルールの下で、自主的に出来高に戻るルールを設けることについて他の委員から反対意見は挙がらなかった。具体的なルールの内容については、事務局がたたき台を提示し、それをもとに検討するが、退出時期(年度初めに限定する等)や再参加要件(一定期間は準備病院とする等)などを盛り込む案が挙がった。

2009年度の準備病院募集、結論は次回

2009年度のDPC準備病院の募集については、2009年度に約570病院(4月開始:335病院、7月開始:約230病院)がDPC対象病院となることでDPC対象病院が1200病院を超え、政府目標の「2012年度までに1000病院」に達することから事務局が課題に挙げた。西澤委員は「募集しない理由はない」と継続を求めたが、対馬委員は「2008年度の準備病院の状況や2009年度に準備病院を希望する動きなど、具体的な状況を示してほしい」と述べ、次回に結論を持ち越した。

09.03.25 官報告示

この他、入院初期に点数が高くなるよう包括評価を傾斜配分している現在の包括評価点数の設定方法についても議論。救急疾患などでは入院初期の医療資源投入量が包括評価点数を上回る状況があり、現在は調整係数で病院ごとの医療資源投入量に応じた調整を行っている。調整係数の廃止後は、傾斜配分をより入院初期に高くするか、機能評価係数に入れるかが論点になるが、議論するためのデータが提示されなかったため、データを揃えて改めて議論することになった。