

## 中医協概要報告（2023年11月24日開催）

### （第567回総会「入院（その5）」）

※「第217回薬価専門部会」、「第58回調査実施小委員会」と「第567回総会」のその他の部分は別途報告済み。

厚労省は24日、中医協を開催し、薬価専門部会、調査実施小委員会、総会が開催された。この日の総会では、「入院医療その5（DPCについて）」をテーマに議論があった。DPCについては、9月27日に報告された「入院・外来医療等の調査・評価分科会」からの調査・分析結果のとりまとめを色濃く反映した提案が厚労省から示され、松本真人委員（支払側、健康保険組合連合会理事）からは「分析・評価を最大限尊重する」と述べる一方、長島公之委員（診療側、日本医師会常任理事）は「あくまでも分析結果であり、改定論議はここから議論する」と取り扱いをめぐってお互いがけん制した。特に、3ヶ月に一度DPC病院が提出するデータ提出をめぐり、「参加要件をデータ数90以上とすべき」との意見も出された。

### DPC「データ数90以上」参加要件に長島委員「退出ありきは暴論」

DPCでは、大きな課題として以下の計10点が厚労省から提案された。

#### （医療機関別係数について）

- (1) 保険診療係数について、「適切なDPCデータの作成」の評価項目である「部位不明・詳細不明コード」、未コード化傷病名、様式間の矛盾割合を殆どが満たしているため評価を廃止して要件化。
- (2) 効率性係数については、各医療機関の平均在院日数と、各医療機関の症例構成による補正を行った全国の平均在院日数の相対値を取る手法に変更。複雑性係数についても、1日当たり医療資源投入の観点での評価とし、評価の対象とする医療機関の基準自体を検討（ともにスライド30）。
- (3) 救急医療係数は救急受入時の医療資源投入量の評価が目的のため、評価の主旨が明確になるよう、名称の変更及び評価項目の再整理を行う。
- (4) 地域医療係数（体制評価指数）について、ほとんどの病院で上限値を満たしている項目があり、評価項目や実績評価の手法については、医療機関群ごとに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。「感染症」については、入院医療に係る協定締結の評価へと移行。「医師少数地域への医師派遣機能」については、「医師の働き方改革」制度に伴い、大学病院本院群における体制評価指数の新たな評価項目として位置づけていく。

#### （DPC対象病院の要件について）

- (5) DPC対象病院「データ数」及び「適切なDPCデータの作成」に係る基準の要件として新設（再掲）。
- (6) データ数が一定の基準に満たない医療機関（1月あたりのデータ数が90以下）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。

#### （算定ルールについて）

- (7) 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。
- (8) 一定程度標準化している診断群分類は、入院期間Ⅱより早期に退院した場合も更に評価できるよう、入院期間Ⅰで入院基本料を除く包括評価を行う。

#### （退院患者調査（DPCデータ）について）

(9) 調査の名称や目的、結果報告のあり方を再整理する。

(10) 一部の医療機関において、様式1における「不明」データの割合が高い等の現状を踏まえ、臨床指標等のデータの入力状況を公開データにおいてモニタリングしていく。

長島委員からは、以下のような指摘が出された。

- ・ 医師少数区域にどの程度医師を派遣しているのか。真に必要とされているところに派遣しているのか等についてきちんと評価すべき。また、僻地拠点病院とその他の病院でも評価対象としても良いはず。
- ・ DPC 対象病院の要件について、データ数等の基準を新設することによって、医療機関がどの程度の影響を受けるのか検証すべき。また、スライド 68 など見ても分布が連続的で、特定の医療機関群といった形で対象特定できるような感じにはなっていないので、議論が少し乱暴だ。
- ・ 算定ルールについて、早期に退院させた場合の評価が検討されているが、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。そもそもすでに早期退院については D 方式で結論は出ている（スライド 79 など）はずだが、なぜ敢えて新たな方式を検討するのか不明。

太田 圭洋委員（診療側、日本医療法人協会副会長）からは、いずれの提案についても「変更によってどれくらいの医療機関にどのような影響を与えるのか検討すべき」と試算を求めた。

松本委員からは、以下のような意見が出された。

- ・ 適切なデータの作成は DPC に参加する前提条件と位置づけるべきで、保険診療係数の評価は廃止を。
- ・ 複雑性係数については、まさに特殊な治療を行う専門病院への対応は検討すべき。
- ・ DPC 対象病院の要件について、健保連では以前から退出基準を設定すべきと述べており、データ数 90 を DPC への参加要件とすべき。

松本委員からの意見に対し長島委員は、マクロな視点ではなくさらなる分析を求めるとともに、「退出ありきは暴論だ」と反対した。

以上

**<会内使用以外の無断転載禁止>**