

PICK
UP

昨今の厚生政策に関連した役立つ情報をセレクトして詳しく解説。
今回は、入院医療に着目することで見えてくる診療報酬改定のポイントを取り上げます。

2016年度診療報酬改定の持つ意味 ～DPC病院への影響とは～

2016年度診療報酬改定を入院医療に着目して考えてみると、今回の改定のキーワードは「重症度の引き上げによる在院日数短縮化への誘導」と言えるのではないだろうか。

2014年度診療報酬改定は、「在宅への誘導」が明確に示された改定であった。7対1病床の施設基準要件に在宅復帰率要件が導入されたことにより、一連の入院機能の役割に在宅への誘導が組み込まれたのである。これによって、回復期や慢性期だけではなく、急性期においても在宅復帰の取り組みを推進していく必要性に迫られることとなった。一方で、今回の改定は、急性期だけではなく、回復期や慢性期においても患者の重症度やアウトカム評価の要件が厳格化されることとなった。これが意味することは、全ての入院機能において平均在院日数が短縮化されていくことである(図1)。中でも特に影響が大きいと予想されるのが、急性期と回復期である。

急性期においては、一般病棟の重症度、医療・看護必要度要件とDPC/PDPSの見直しの影響を与えるだろう。まず、一般病棟の重症度、医療・看護必要度要件の見直しによって、特に7対1病床においては一層の重症患者の集患が必要となった。しかしながら、地域における重症患者の発生数は大きく変動しないはずである。そうすると、重症度、医療・看護必要度を上げていくためには評価が低くなった患者をできる限り早期に退院させる

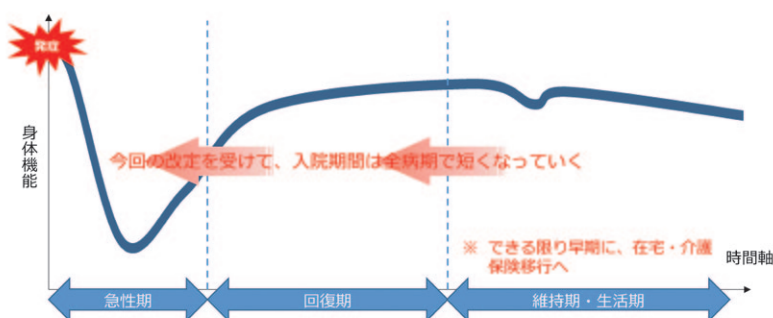
必要があるのだ。次に、DPC/PDPSの見直しでは、入院期間Ⅲの入院日設定が30の整数倍に統一されることとなった(図2)。入院期間Ⅲが延長することに伴い「現行の入院期間Ⅲの点数設定」が高い場合は、「医療資源投入量の平均値」を採用する(=下がる)こととなった。即ち、入院期間Ⅲを超える患者割合が多い病院ほど平均単価が低下する可能性が高くなったということである。これによって、DPC対象病院では入院期間Ⅲを超える患者割合を低下させる動きが出てくる可能性がある。そうすると全国的に在院日数の短縮化が進む可能性があり、在院日数の短縮化が進むと2018年度診療報酬改定において更に診断群分類ごとの入院期間別の設定日数が総じて短縮化されるといふスパイラルが発生すること考えられるのである。

このように、急性期病床における平均在院日数は総じて短縮化されていくはずだ。平均在院日数が短縮化されるということは何を意味するのか。例えば、地域における急性期の患者発生数が一定と考えると、地域における新入院患者数は変わらない。新入院患者数が変わらずに平均在院日数が短縮化されていくということは、地域における急性期病床は減少していく可能性が高い。恐らく、多くの(7対1病床を有する)急性期病院が7対1病床を維持するために急性期病床数を減少させるか、入院基

本料を7対1から10対1に変更するか等の検討に迫られているのではないだろうか。

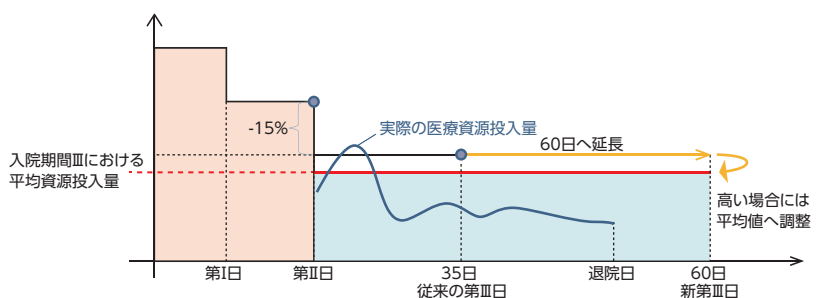
今回の診療報酬改定から感じることは、一病院だけの取り組みや努力だけでは解決が難しい時代になっているといえることだ。重症度、医療・看護必要度の項目や重症者の基準が引き上げられている。これまでは、看護職員の配置数と平均在院日数の要求水準を満たせていれば、何とかになっていたが、昨今は、重症者がどれだけ多く入院しているかで評価は変わる。これまでの取り組み方では対応が困難になっている。地域を一つの総合病院とみため、その中で自院がどういった役割を担えるかを明確にしていかなければならない時代になった。これからは、連携にとどまらず、地域内での統合といった視点も併せ持ち、地域を一つの総合病院と捉え、自院の地域における役割は何なのか、自院だからこそできることは何なのか、明確にしていけることが必要だろう。

【図1】診療報酬改定による在院日数短縮化のイメージ



厚生政策情報センターにて作成

【図2】新しい入院期間Ⅲの考え方



(出典) 平成27年度第5回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

【表1】機能評価係数Ⅱの主な見直し点

項目名称	影響を受ける	見直し議論の内容
保険診療指数	I 群 II 群 (III群)	I 群、II 群病院は「精神病床の有無」と「医療保護入院の有無」がポイント。 病院の診療実績（初発5大がんの再発状況等）の公表状況を2017年度から導入を検討していく。→III群も対象
カバー率指数	全病院	小規模な専門病院を救済する形で、30%タイル値を下限とする見直し。
地域医療指数	全病院	平成28年1月に「地域がん登録」が義務化されることにより、平成29年度から「がん登録」の評価は廃止。
後発医薬品指数	全病院	60%の評価上限値を70%に引き上げる見直し。指数の計算においては厚生労働省のマスターを使用する方向。
重症度指数	全病院	（試行導入）包括範囲出来高点数により患者の重症度を評価する指標

厚生政策情報センターにて作成

DPC/PDPSの診療報酬改定概要

診療報酬改定におけるDPC/PDPSの改定内容を確認してみよう。今回のDPC/PDPSの改定に係る要点は、大きく以下の6点である。

- ①機能評価係数Ⅱの見直し
- ②CCPマトリックスの導入
- ③医療機関群Ⅱ群の実績要件に、「内保連の特定内科診療」の考え方を導入
- ④持参薬はデータ提出へ
- ⑤提出データの見直し（統合EFファイル等）
- ⑥診断群分類点数表の入院期間Ⅲの日数を30の整数倍に設定（上述したため詳細は割愛）

①機能評価係数Ⅱの見直し

機能評価係数Ⅱの見直しは、表1にある5つの指数である。

機能評価係数Ⅱは、DPC対象病院間で相対的に評価されるもの（効率性指数、複雑性指数）と、個別医療機関の絶対評価のもの（保険診療指数、カバー率指数、救急医療指数、地域医療指数、後発医薬品指数、重症度指数）とに分類できる。絶対評価の指数については、自助努力で対応できるものであるため、自院での取り組みを粛々と推進していくことが重要である。一方で、他のDPC対象病院と相対的に評価される指数については、自院の努力（改善）スピードが適切なかどうかを判断する目安にすることができる。

また、機能評価係数Ⅱは、過去の実績を基に評価されるということも念頭に置いて改善に向けた取り組みを行っていかねばならない。例えば、後発医薬品指数の評価上限値が60%から70%へと引き上げられることとなったが、評価に使われるデータは前年の実績データとなる。そのため、前年に改定後の評価上限値に達していなければ、最高評価を得られないこととなる。このように機能評価係数Ⅱについては、改定前年のデータが改定後の経営に影響を与えることとなる。そのため、DPC評価分科会等の議論を常に注視しながら将来的な機能評価係数Ⅱの見直しを予測し、それを日々の院内の改善活動につなげていかなければならないのである。分かり易い事例（後発医

薬品指数）で考えると、既に骨太の方針2015にて後発医薬品数量シェアを2018年から2020年度の早い時期に80%に引き上げることが明記されている。そう考えると、2018年度診療報酬改定にて後発医薬品指数の評価上限値が70%から80%に引き上げられる可能性が考えられる。評価上限値が引き上げられたと仮定すると、評価上限の係数を得るためには、2017年度中には後発医薬品数量80%を達成しておく必要があるのである。

②CCPマトリックスの導入

今回の改定において、入院患者の重症度を評価するための仕組みとして、CCPマトリックスが試行導入されることとなった。DPCの診断群分類においては、肺炎に年齢区分を設定する等の改善を進めてきたものの、それでも患者の重症度が適切に評価されていないのではないかと意見があった。また、これまでは調整係数が重症度を評価するための一定の役割を担っていたものの、調整係数も2018年度に廃止されることから、重症度を評価するための仕組みが検討されていたのである。

CCPマトリックスは、米国のDRG/PPS（1入院定額支払制度）で既に導入されている考え方である（図3）。CCPマトリックスの導入により、医療資源必要度（医療コスト）に着目した評価体系の設計が可能となるため、より実態に即した評価が期待されている。

今回の改定では、まず「糖尿病」、「肺炎」、「脳血管疾患」から試行的にスタートする。

③医療機関群Ⅱ群の実績要件に、

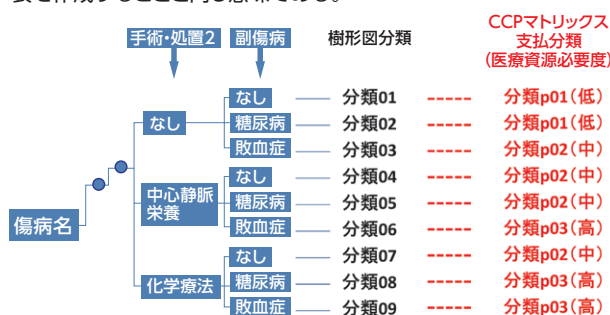
「内保連の特定内科診療」の考え方を導入

今回の改定では、Ⅱ群病院の選定にかかる各実績要件の実績要件3「高度な医療技術の実施」が見直しされた。見直しは、これまで外科系のみで評価（3項目）されていたものから

【図3】 CCPマトリックス分類の考え方

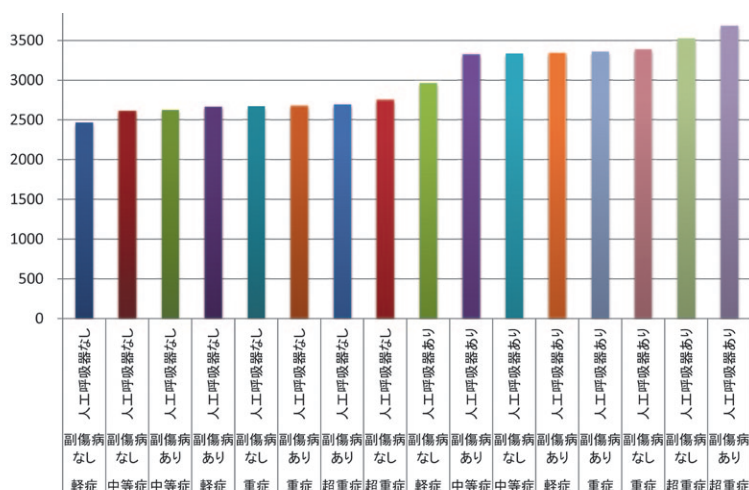
CCPマトリックス分類の考え方(2)

CCPマトリックスは、分岐条件に基づいて全ての分類を樹形図に書き下した樹形図分類と、医療資源必要度に応じた支払分類との対応表を作成することと同じ意味である。



（出典）DPC研究班「重症度を考慮した評価手法（CCPMatrix）の今後の検討方針について」

【図4】肺炎の1日当たり包括点数平均値（除外：在院日数21日以上、死亡退院）



- 人工呼吸器の使用が1日あたり包括範囲点数に影響していることが明らかとなった。（国際医療福祉大 池田）

（出典）DPC研究班「重症度を考慮した評価手法（CCPMatrix）の今後の検討方針について」

【図5】Ⅱ群病院選定にかかる実績要件の見直し

実績要件		平成 26 年度基準値	平成 28 年度基準値（※）
【実績要件 1】：診療密度 1日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成で補正；外的要因補正）		I 群の最低値	I 群の最低値
【実績要件 2】：医師研修の実施 許可病床 1 床あたりの臨床研修医師数（基幹型臨床研修病院における免許取得後 2 年目まで）		外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）	外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）
【実績要件 3】：高度な医療技術の実施（6 項目のうち 5 項目以上を満たす）			
外保連試算	(3a)：手術実施症例 1 件あたりの外保連手術指数	外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）	外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）
	(3b)：DPC 算定病床当たりの同指数	外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）	外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）
	(3c)：手術実施症例件数	年間約 2,680 件以上（全国平均値）	外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）
特定内科診療	(3A)：症例割合	（注釈あり）	外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）
	(3B)：DPC 算定病床当たりの症例件数		外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）
	(3C)：対象症例件数		外れ値を除外した最低値（I 群の下から 2 番目の値）
【実績要件 4】：重症患者に対する診療の実施 複雑性指数（重症 DPC 補正後）		I 群の最低値	I 群の最低値

（※）平成 28 年度より新規に大学病院本院となる予定の DPC 対象病院のデータは除外した。

（出典）中央社会保険医療協議会 総会（第325回 1/27）（厚生労働省）

内科系についても評価（3項目新設）されることに変更されたことである。見直しと同時に、これまで実績要件3は、3項目中3項目全てを満たさなければならなかったが、6項目中5項目を満たすことでクリアすることと定められた（図5）。

今回の見直しにより、医療機関Ⅱ群は従前の99病院から140病院へと約40%も増加することとなった。様々な要因はあるだろうが、やはり実績要件の見直しにより、内科系が強い病院も評価されることになったことが大きいだろう。

④ 持参薬はデータ提出へ

持参薬は、2014年度診療報酬改定においてDPC病院ではその使用が原則禁止された。今回の改定では、現行ルール（原則

禁止）を継続するものの「やむをえない理由がある場合に限る」ことを明確化し、使用した持参薬はDPCデータとして記録・提出することとなった。内容としては、厳格化と考えていいだろう。

持参薬に係る厳格化の背景は、中医協基本問題小委員にて実施された持参薬に係る調査において、2014年4月1日から2015年3月31日の期間に1症例でも持参薬を使用した病院が99.6%にのぼることが明らかになったことにある。

これらの調査結果を受けて、持参薬に係るルールが見直しされた。これまでのルールでは、持参薬の使用は「特別な理由の場合」のみ使用が認められていた。しかしながら、「特別な理由の場合」に関する明確な定義が存在していなかった。その結果として、「担当医の要請」や「病院の方針」で持参薬を使用している医療機関が約80%を占める結果となったのである。これを受けて、持参薬使用における「特別な理由の場合」については、「臨時採用薬が使用可能となるまでの入院初期（2日間程度）」、「退院後不要となる薬剤の使用」等は可能であるが「病院の方針」や「担当医の要請」は原則認められないこととなった。

⑤ 提出データの見直し（統合EFファイル等）

2014年度の改定により急性期以外の病棟からのデータ提出も増えたため、「重症度、医療・看護必要度」「医療区分・ADL区分」等のデータも提出データとして追加されることとなった。今回の改定で新たに追加されることとなったのは、以下の3点である。

- (1) 重症度、医療・看護必要度
- (2) 医療区分・ADL区分
- (3) 持参薬

上記3点のうち、特筆すべきは(1)、(2)だろう。DPCデータに患者の重症度や医療区分等が紐づくことによって、将来的に重症度、医療・看護必要度の評価方法や医療区分の評価方法自体が大きく見直しされる可能性を秘めている。現在の入院基

本料の設計では、急性期病床では重症度、医療・看護必要度が、療養病床では医療区分の持つ意味が非常に大きなウェイトを占めているといってもいいだろう。急性期病床や療養病床を有する病院では、これらのデータが分析されて報告される内容を注視しておく必要がある。これまでの診療報酬改定のように、改定内容の結果が出してから取り組みを開始するのでは遅く、中医協等での議論の動向を見据えながら徐々に改定への対応を改定前から進めておくべきといえるだろう。

2018年度同時改定に向けた DPC/PDPSの検討の方向性

2018年度同時改定に向けて、既に厚生労働省より「今後の検討課題案」が提示されている。厚労省から提示された今後の検討課題案は、以下の5点だ。

1. 基礎係数(医療機関群)のあり方
2. 調整係数のあり方
3. 機能評価係数Ⅱ
4. 診断群分類点数表
5. 請求に関するルール

1. 基礎係数(医療機関群)のあり方について

基礎係数は、医療機関の基本的な診療機能を評価する係数で、診療機能(施設特性)を反映させるため、医療機関群(I群・大学病院本院、Ⅱ群・高機能な病院、Ⅲ群・その他)に分類されている。このうち、Ⅱ群病院の選定の実績要件は、現在、「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項目に関し、「I群の外れ値を除いた最低値」を全て満たす病院と規定されている。このⅡ群要件については、絶対評価となっている。同時改定に向けて「Ⅱ群の選定要件」が改めて検証を踏まえた上で、見直しについての議論が進められる可能性が高いといえるだろう。

現在Ⅱ群に位置している病院やⅡ群を目指している病院は、今後をどう考えていけばいいのだろうか。先に述べたように、基礎係数のあり方は2018年度同時改定に向けて再度見直される可能性が高い。2018年度同時改定に向けた第1回のDPC評価分科会が開催されたのは、2016年5月25日である。この中では、基礎係数のあり方の改革に向けた様々な意見が出されたばかりであるため、現時点で改革の方向性を予想することは非常に困難である。現時点でいえることは、少なくとも現在の要件に係る基準値を引き上げ続ける努力をしっかりと行うことであるといえるだろう。

2. 基礎係数のあり方について

個別医療機関の過去の実績を評価し収益保証になっている「調整係数」の2018年度廃止に向けて、2012年度診療報酬

改定で「基礎係数」が創設されている。現在は、調整係数を「基礎係数」と「機能評価係数Ⅱ」に段階的に置き換えている状況である。今回の改定では、調整部分の75%を機能評価係数Ⅱに置き換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定されている。推計報酬変動率がプラス・マイナス2.0%を超える場合、激変緩和措置として、暫定調整係数を調整している。これらを踏まえて、同時改定に向けて「2018年度に置き換えが完了する予定である調整係数のあり方」や「激変緩和措置のあり方」が検討される見通しである。

3. 機能評価係数Ⅱについて

機能評価係数Ⅱは、現在8項目の係数で評価されており、このうち、保険診療係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数、重症度係数は、医療機関群ごとに評価・設定されている。今回の改定で、診断群分類点数表で表現しきれない患者の重症度を評価するため、「重症度係数」が新設された。また、後発医薬品指数は評価上限を政府目標の70%に引き上げることとなった。さらに、機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分(重み付け)は等分とした上で、各係数の重み付けに関して標準化などを行った。同時改定に向けて、「病院情報の公表」、「後発医薬品係数」、「重症度係数」、「各係数の重み付け」、「医科点数表改定の影響の反映」、「評価すべき新規項目」などに関して見直しに向けた検討が行われていく見通しである。

4. 診断群分類点数表について

今回の改定で、「糖尿病、肺炎、脳血管疾患」にCCPマトリックスの考え方が導入された。CCPマトリックスの考え方については、前述した通りであるが、同時改定に向けて改めてCCPマトリックスの評価の検証が行われる見通しだ。その検証結果を基に、評価方法の見直しや対象疾患の拡大等が検討されていくことになるだろう。また、CCPマトリックス以外では、「適切な傷病名コーディングの推進」や「ICD-10(2013年度版)への対応時期」などが検討課題として挙げられている。

5. 請求に関するルールについて

請求に関するルールについては、持参薬のあり方が引き続き検討される予定である。持参薬についても前述した通りであるが、今回の改定を踏まえて、改めて各医療機関へのアンケートが実施されることになるのではないだろうか。また、持参薬については2016年6月22日に開催された中医協基本問題小委員会・中医協総会において、持参薬の取り扱いについて「持参薬を使わないという方向性だけでなく、無駄なく使えるものは使うという方向性があってもよいのではないか」との意見も出されていることには注目だ。

(厚生政策情報センター)