

平成 23 年 4 月 14 日 DPC 評価分科会 DPC 制度に係る検討
「高額薬剤等の取扱い」、「医療機関群の設定」に関する検討概要
(検討事項と主な意見等)

① 高額薬剤等の取扱いに係る論点について (D-6-1)

○ 新たに保険導入又は効能追加がなされた高額薬剤について平均+1SD を超える場合は出来高算定とする、いわゆる1SDルールに関連して、1SDルールが適用された薬剤がその後の改定でどのような対応がなされているか照会され、事務局より必ずしも全て包括されていないことが示された。

また、ジェネリックのような著しく低薬価のものが収載された場合の対応も同様に検討するべきではないかとの指摘がなされたが、薬剤費も含め包括範囲の評価は診療報酬改定時に見直すのがこの制度の原則であるところ、著しい高額薬剤は1SDルールで例外対応しないと実質的に使用できない弊害を回避するための措置、との制度趣旨の説明により理解が得られた。

○ 約2,500あるDPC(診断群分類)のうち、約1,000分類、患者数で1割が包括払い対象外として支払いで使用されていないが、このまま放置するのは問題ではないか。分類を精緻化する、という対応ではなく、むしろより大きな分類にすることでバラつきが吸収され包括報酬が設定できるのではないかという指摘があった。

これに対して、日本のDPCは臨床家の理解を得るため、臨床的分類、臨床診断を主軸に分類しており、支払いのために大きくくりで分類することは現場に受け入れられない、同じ治療法であっても対象とする疾患概念が異なれば区別すべきとの主張すらある、との見解が示された。

更に、これに対しては、DPCとDPC/PDPSとは異なるものではあるが、実務上一体として運営されており、もう少し折り合う余地があるのではないか、すなわち、高額薬剤や抗がん剤のレジメンなど、それぞれが臨床的には違うということ容認するならば包括化はますます困難になり、臨床的な部分のみにこだわる限り解決できない、との見解も示された。

② 医療機関群の設定について(1) (D-8)

○ 大学病院やケアミックス病院など、医療機関を機能別に分類した上で、それぞれの医療機関群について出来高実績データを分析しながら検討を進めるべき、との指摘がなされ、それについてはコンセンサスが得られた。

更に、基礎係数に機能評価係数Iと機能評価係数IIを加えることにより、どの程度変化するのかをしてみる必要があるとの指摘もなされた。

- 可能な限り統合された医療機関群を設定する必要性は理解できるが、例えば大学病院であっても、国立大学病院や私立大学病院、或いは地域の大学病院など、大学病院としての多様性が必要であり、大学病院が診療の上で画一的になっていくのは好ましくないことから、医療機関群の検討は慎重に行うべきとの指摘があった。

これに関連して、医療機関群の設定においては、同一の医療機関群に所属する全ての医療機関が画一的であるべきとの視点から行うものではなく、一定程度の標準化や効率化が促進されるという視点で設定するという認識が事務局から示され、これについては概ね共通の認識として理解が得られた。また、大学病院としての多様性については、機能評価係数Ⅰや機能評価係数Ⅱにより評価するという側面も重要との見解も示された。

- 社会医療法人は4疾病5事業のうち不採算部門として自治体病院が担ってきた5事業を行う医療機関として制度化され、機能的にも明確であることから、医療機関群として設定すべきとの意見が示された。

これに対して、社会医療法人などの制度上の位置付けのある医療機関群を基軸としつつも、事実（データ）に基づいて分析・議論することが重要との指摘もなされた。

- また、ドイツにおける事例も参考に、運用の手法として、実際に支払いに使用する前の段階で、係数1単位当たりの目標値のような金額を示してそこに収束するようなインセンティブを付ける、といった具体性のある対応をしないと制度の進展が望めないとの指摘もなされた。

- これらの議論を踏まえ、大学病院本院について独立した医療機関群を設定するという提案については、今後の検討に取り組むための端緒としては適切ではないか、との見解が示され、合意が得られた。

- 今後の検討に関連して、4疾病5事業に関連する集計や外保連試案の難易度に基づく集計について検討するよう要望がなされた。

また、医師養成機能の評価については、基礎係数の医療機関群設定に関連する分科会での議論や検討の一つの視点でしかなく、医師養成機能を保険財源で評価するといった中医協で本来なされるべき検討とは全く異なることも改めて明確化された。