

平成 23 年 7 月 6 日 DPC 評価分科会 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対応について (D-3)

①新規高額薬剤等への対応

- 平均+1SD ルールは左右対称の正規分布の場合に使える指標であり、もし正規分布になっていないとすれば、パーセンタイルを使用してはどうかとの意見が示された。
- 今後の診療報酬改定において、遺伝子検査など的高額な検査が保険導入される可能性があり、これらについても議論すべきとの指摘がなされ、今後の対応について事務局が整理することとされた。

②DPC (診断群分類) 設定のあり方への対応

- DPC は、これまで臨床分類をもとに、コストが一定の範囲にある場合に包括点数を設定してきたが、コストの均一性を出発点とした新たな見方をしても良いのではないかとの意見が示された。これについては、制度創設時の診断群分類作成に当たって実施した樹形判断分析の手法 (出来高部分の点数と在院日数を使用して DPC を分離した方が良いかどうかを検討した) をもう一度実施することで良いのではないかとの意見が示された。

また、DPC の病名は、ICD-10 に基づいているが、投下資源や在院日数から臓器別疾患のカテゴリーを超えて、全く関係のない疾患の DPC を点数が同じだからと言って一まとめにすることは考えにくく、病名分類が基本となることは変わらないのではないかという見解も示された。再度、これについては、同じ MDC (主要診断群) の中であれば、ある程度検討しても良いのではないかという意見が示された。

- 以上の指摘を踏まえ、DPC は、医療資源を最も投入した傷病名、入院期間中に提供される手術・処置・化学療法等の診療行為、併存症の有無を表す副傷病等により、臨床的にも同質性 (類似性・代替性) のある患者群を臨床家の思考方法に近い形で分類し、DPC ごとに定額点数を設定するという、現行の方針を変えずに検討を行うこととされた。

③在院日数遷延への対応

- 高額薬剤を短期間に使用する診断群分類については、入院期間 I の点数を上げ、入院期間 II までの点数を少し下げることにより、かなりの部分が解消できるのではないかとの意見が示された。

- 抗がん剤などの高額薬剤は、臨床現場においては、初回の投与は危険を回避するために入院で実施するが、それ以降は外来で投与することも多く、1回目の投与についてのみ1入院当たりの包括評価とした方が、階段状に評価するよりも良いのではないかと意見も示された。
- これらの対応については、今後、具体的な提案について、事務局が検討することとされた。

## 2. 医療機関群の設定について（3）

### ①医師研修機能

- 1日当たり平均点数とDPC算定病床当たり医師密度の散布図において、大学病院本院と重複している病院を確認し、研修機能で同等の病院であれば、1つの医療機関群として評価して良いのではないかと意見が示された。
- 医師密度と診療密度の変化が連続的でもあり、係数評価が適切ではないか、との指摘も再度なされたが、基礎係数については、施設個別の調整は行わず、グルーピングによる共通値を設定するというこれまでの議論が再確認された。
- 教育にコストがかかるため、それを一定程度認めるべきということは理解するが、出来高点数の高さと教育的な機能は意味合いが違わないか、医療機関群の分け方として、出来高点数が高いことや検査が多いことで分けるのではなく、同じような疾患には同じような標準的医療が行われるべきで、教育の部分は別の形で適正に評価すべきではないかと意見が示された。
- また、現行の調整係数で評価しているものを、今後基礎係数に置き換えようとするに当たり、濃厚な診療をしている病院を評価すべきか、制度の中で効率的な治療を行い同じ結果が出る医療機関を評価すべきかという議論になっているのであって、調整係数の問題と同じことを繰り返すのではないかと懸念が示された。
- これに対し、ケースミックスインデックスと、病床当たりの医師数は相関している（重症患者を受け入れている医療機関は病床当たりの医師数が多い）こと、研修医とそうでない医師で医療材料の使い方に差があるとの知見が示されていること、また、例えばオーストラリアでは、研修医の数に応じた加算と初期研修に当たっている看護師の数に応じた加算を導入しており、国際的にも研修機能は評価項目となっている、といった見解が示された。

- 医療密度と診療密度の関連性については、提示した補正データがあくまで現行の14桁DPC単位での補正であるため、全ての重症度について補正できているわけではないこと、一方で同じようなパフォーマンスを示す医療機関であっても、大学病院本院のような人員配置と、スリムな人員配置の医療機関で在院日数や診療行為の頻度が異なる可能性があることが考えられる。

医療機関群の議論の前提は、グルーピング後に各グループの平均点で基礎係数を設定することとなるため、同程度の標準化・効率化を求めることになり、結果的に係数の高低は発生するだろうが、それを目的とした議論をしているものではない。また、重症度が厳密に一致していないとすると、より重症な患者を診るインセンティブがなくなってしまう。ゆえに、基礎係数については、一定の合理的な機能の差があるのであれば、医療機関を分けてはどうかという趣旨で提案している旨、事務局より説明した。

- また、調整係数による個別調整を廃止し、グループごとの基礎係数を設定すれば、個別施設の非効率温存はより発生しなくなる、との指摘もなされた。
- 医師臨床研修制度が始まり、地域の病院では、医師の引き上げにより大学から派遣してもらえる医師数が減少しているため、医師の派遣機能についても考慮すべきではないかとの意見が示された。
- 同じような疾患に対しては同じような医療、同じような評価がなされるべきで、単に大学病院だから高いというのは適切ではない、との指摘がなされた一方で、同じ疾患の患者でも重症度や密度に違いや幅があるということを踏まえて医療機関群の提案がなされたのではないか、との指摘や、DPCの分類自体は患者を分類するための方法であって、その適用については別の議論であり、基礎係数を設定するためのグルーピングのあり方という議論の前提に立ち戻って、医師密度をとらえるべきではないか、との指摘がなされた。

## ②小児医療提供機能

- 小児医療を専門的に提供している医療機関が6病院とごく少数であり、データを分析しても1つの医療機関群として設定するのは適切ではないため、小児入院医療管理料の評価のあり方の議論において検討してはどうか、という事務局の提案については、各委員の了解が得られた。

## ③他病院との連携機能

- 亜急性期入院医療管理料を算定する病棟を併設している医療機関は、他の医療機関と比較して1日当たり平均点数が低い傾向にあるため、引き続き事務局においてデータの分析を行うこととされた。