

平成 23 年 8 月 1 日 DPC 評価分科会 検討概要
(検討事項と主な意見等)

1. 高額薬剤の取扱いに係る具体的な対応について (D-2)

- いわゆる 1 SD ルールについて、廉価な薬剤使用などマイナス 1 SD となるような包括評価上有利になる事例はそのまま、高額薬剤などの不利となる事例 (+ 1 SD 超え) についてのみ対応するのは公平性に欠くのではないかという指摘があったが、当該 1 SD ルール (高額薬剤等に対する除外ルール) は、新規技術の導入に対応するため、一定以上の乖離について改定前に例外対応する (として中医協で決定された) ものという前提が確認された。
- また、新たに薬価収載される高額薬剤を使用するような病院は、医療機関別係数が平均よりも高い可能性があり、出来高算定に除外されることで、当該薬剤費が係数に反映されなくなるため、実質的には診療報酬が減少するのではないか、との指摘もなされた一方で、抗がん剤を使用する DPC (診断群分類) における対応であり、包括評価上有利になる事例や実質的に収入が減少する事例はあまりないのではないか、との指摘もなされた。
- これまでの指摘を踏まえ、高額薬剤の取扱いに係る具体的な対応は、事務局提案を具体化する方向で進めることで、各委員の了解が得られた。

2. 医療機関群の設定について (4)

- 今回の基礎係数に係る医療機関群の設定がもたらすメリットについての確認が求められ、これについて、同一の基礎係数が設定される医療機関の間で、同程度の効率化・標準化が促進され、最終的には収斂していくことが期待され、例えば、より重症な患者への対応といった、他の施設とは異なる機能や役割を担う医療機関にとって、これらのインセンティブがなくなってしまふ懸念を回避する意義があるとの説明が事務局よりなされた。

- 医師密度と外保連手術指数は、連続的な関係であり、グルーピングによりどこかで線引きをする合理的な説明ができないのではないかと指摘や、手術難易度と医師密度以外には疑問がある、との指摘もなされた。
- これについては、医療資源が限られている中で、合理的に評価できる部分を評価するため、ある程度の社会的な資源や病院の役割の関係で線引きすることが当分科会の役割ではないか、そして、統計的に連続している中で医療機関群を設定することは重要であり、医療資源を要する患者を診療することを評価する為の軸として医師数の検証をしたのであり、他の視点も含めて、医師密度・重症患者の診療という視点もあって良いのではないかと意見が示された。
- また、医師密度の設定に関連して卒後1～2年の初期研修医とその後の3～5年目の医師は全く異なるとの指摘がなされ、それらも含めて研修機能としての評価指標として、卒後5年以内と整理されたことが確認された。
- 同様に、医師研修機能の評価では、初期臨床研修は日常にあるプライマリケアを中心とした研修をさせることが本来の考え方であり、結果的に出てくる医療機関は同じかもしれないが、高度な医療や難しい手術といった考え方とは必ずしも一致するものではないことから、今回のような外形的な（臨床研修病院の指定の有無といった）基準に拠らない提案となったことは評価できるとの意見が示された。
- 医師密度により医療機関群を設定すると、医師獲得競争が誘発される可能性があるということ念頭に入れた上で制度設計をすべきではないか、また、年齢が若い医師は必要以上に検査や処置を実施することがあるが、このような診療密度の高さについては本当に評価すべきか、効率的に適正な量の診療密度を評価すべきではないか、との指摘がなされたが、これらについては、今回の整理で、医師密度のみではなく、一定の機能や実績を合わせて要件として検討することで対応しているのではないかと見解も示された。

- 要件として示された3つの機能・役割の適用や検討の考え方について、当初、医師密度・研修機能に着目した検討については、単に医師の配置を評価することはおかしいとの指摘があり、それを踏まえ、その要因や原因の前提を整理したものであること、医師密度と患者重症度等の相関関係において、基本的な線形の比例関係となっているため、係数評価すべきではないかとの指摘もあるが、これまでの機能評価係数の導入を巡るいろいろな指数・係数の議論の結果として、調整係数を全て係数化することは難しく、最終的な調整法として医療機関群別の基礎係数の設定を行うということがこの対応案の出発点であること、そして、具体的な事務局の現時点での提案として、一定以上の医師研修、高度な医療技術の実施、重症患者に対する診療の実施など、いくつかの要件を満たす実態を伴った上での一定以上の医師密度により区分してはどうか、というものであることが確認された。
- 医師密度が前提条件となることは、医師確保が難しい地方の病院の現状を考えると厳しいという一方で、医師密度が高ければそれ相応のコストを要しており、理解できる側面もあること、また、研修機能は重要であり、コストを要していることも十分理解できるが、それについては別の形で補填すべきではないか、といった見解や、高度な医療とは大学病院や一部の特殊な病院が実施できるものであり、これに対して重症な患者の診療は一般の病院でも十分に実施できるものであり、重症な患者の診療は必ずしも医師密度とは関係なく行われているものではないか、といった意見が示された。
- 医療機関群の設定に当たっては、区分しづらいところに線引きを行わなければならないが、2群に分けた際に、意図しない群に属する医療機関も出てくるかもしれないが、一定程度はやむを得ないのではないかと、そして、それがなるべく少なく、本質的な分け方に近づくように要件の設定を今後工夫していく必要があるとの意見が示された。
- 最終的に、今回の様々な意見を踏まえながら、医療機関群の設定について、引き続き事務局提案の方向で基礎係数の設定方法を検討していくこととされた。