

分科会で係数化を見送った“GEの使用状況による評価”は  
 時限的な評価も視野に入れ基本小委で導入を検討

「後発医薬品の使用状況を  
 DPC の新たな機能評価係数で評  
 価することは、後発医薬品全体  
 の使用促進のインパクトになる」



。4月15日の中医協・基本問題小委員会（委員長：遠藤久夫・学習院大学経済学部教授）で、診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会（会長：西岡清・横浜市立みなと赤十字病院長）がまとめた新係数化への導入項目案について、山本信夫委員（日本薬剤師会副会長）が後発医薬品を積極的に使用している医療機関を評価するよう提案した。

分科会は、これまでに新係数の候補に挙げた項目をデータの有無や既存の制度との整合性等から、〔A〕DPC 対象病院において評価を検討すべき項目、〔B〕急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目、〔C〕次期の診療報酬改定では、評価が困難な項目 に分類（次頁の表参照）。〔B〕については、DPC 対象病院に限定せず評価（再評価）を検討する。



西岡分科会長

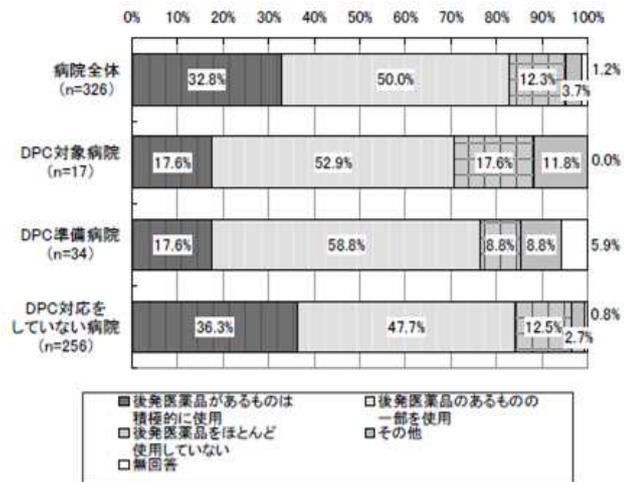
〔後発医薬品の使用状況による評価〕は、分科会で新係数化を求める意見が複数の委員から上がったものの「機能評価係数として採用することは論理的に困難」（西岡分科会長）と〔C〕に分類した経緯がある。

GE 使用が進まない状況に対馬委員 “やれることは何でもやった方がいい”

山本委員は、「3月25日に速報がまとまった検証部会の『後発医薬品の使用状況調査』の結果でも、DPC 対象病院は他の病院よりも後発医薬品の使用割合が低い」と指摘、地域の中核病院でもある DPC 病院で後発医薬品の使用が促進されることは、後発医薬品全体の使用促進にもインセンティブになるとして、基本小委で議論するよう求めた。

西岡分科会長は、導入を見送った背景として、DPC そのものが後発医薬品の使用を促進させる役割を果たしていること、後発医薬品を導入することによって逆に各施設でインセンティブが高まってい

08 年度特別調査「後発医薬品の使用状況調査 結果概要(速報)」より  
 図表 66 病院における入院患者に対する後発医薬品の使用状況（DPC 対応状況別）



(注)「病院全体」には、「DPC 対応状況」について無回答であった 19 施設が含まれる。

くことが分科会で議論されたと報告。山本委員はそれらに理解を示しつつも、「進んでいない結果が現実に数字に現れている。使用を進めていく方向を評価すべき」と重ねて要望し、対馬忠明委員（健康保険組合連合会専務理事）も使用が進まない状況について「やれることは何でもやった方がいい。2年ないし4年の時限的な評価として検討してもいいのではないか」と述べ、基本小委で議論することに同意した。一方、藤原淳委員（日本医師会常任理事）が「DPCを導入すること自体、後発医薬品を使用するインセンティブが働く。さらに係数化することは二重評価になるのではないか」と指摘するなど意見がまとまらなかったため、〔B〕のカテゴリーに入れて基本小委で検討することになった。機能評価係数で評価するか、出来高とするかは、今後の議論の結果となる。

〔A〕と〔B〕の両方に挙げられている項目（下表、〔B〕2の ）については、西澤寛俊委員（全日本病院協会会長）が「医療全体として議論すべきものであり、基本小委で議論した方がいい」と述べ、さらに〔A〕1の の救急への対応状況に対する評価も医療全体としての議論が必要と指摘した。

#### A. DPC 対象病院において評価を検討すべき項目

##### 1. DPC データを用いて分析が可能であるもの

DPC 病院として正確なデータを提出していることの評価

（正確なデータ提出のためのコスト、部位不明・詳細不明コードの発生頻度、様式1の非必須項目の入力割合等）

効率化に対する評価（効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価 等）

複雑性指数による評価

診断群分類のカバー率による評価

高度医療指数（診断群分類点数が一定程度高いものの算定割合）

救急・小児救急医療の実施状況及び救急における精神科医療への対応状況による評価

患者の年齢構成による評価

##### 2. DPC データによって一部分分析が可能なもの、または医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの

診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価

医療計画で定める事業等について、地域での実施状況による評価

医師、看護師、薬剤師等の人員配置（チーム医療）による評価

医療の質に係るデータを公開していることの評価

##### 3. その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの

###### (2)すでに診断群分類の分岐として評価されているもの

副傷病による評価

###### (3)出来高で評価されているもの

がん診療連携拠点病院の評価

#### B. 急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目

##### 2. DPC データによって一部分分析が可能なもの、または医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの

（診療ガイドラインを考慮した診療体制確保の評価）

（医療計画で定める事業について、地域での実施状況による評価）

産科医療の実施状況の評価

（医師、看護師、薬剤師等の人員配置（チーム医療）による評価）

3. その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの
- (1) すでに機能評価係数として評価されているもの
    - 特定機能病院または大学病院の評価
    - 地域医療支援病院の評価
    - 臨床研修に対する評価
    - 医療安全の評価
  - (3) 出来高で評価されているもの
    - 退院支援の評価
    - 地域連携(支援)に対する評価
- C. 次期の診療報酬改定では、評価が困難な項目
1. DPC データを用いて分析が可能であるもの
    - 手術症例割合に応じた評価
  2. DPC データによって一部分析が可能なもの、または医療機関の負担が少なく速やかにデータを把握することが可能なもの
    - 術後合併症の発生頻度による評価
  3. その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの
    - (2) すでに診断群分類の分岐として評価されているもの
      - 標準レジメンによるがん化学療法の割合による評価
      - 希少性指数による評価(難病や特殊な疾患等への対応状況の評価)
    - (3) 出来高で評価されているもの
      - 望ましい5 基準に係る評価
        - ・ 特定集中治療室管理料を算定していること
        - ・ 救命救急入院料を算定していること
        - ・ 病理診断料を算定していること
        - ・ 麻酔管理料を算定していること
        - ・ 画像診断管理加算を算定していること
      - ア. ICU 入院患者の重症度による評価
      - イ. 全身麻酔を実施した患者の割合による評価
      - ウ. 病理医の数による評価
      - エ. 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価
      - オ. 病理解剖数(割合)または CPC 開催状況による評価
        - CPC とは、臨床病理検討会(CliniCopAthologiCAI ConferenCe)のことをいう。
      - ア～オについては、望ましい5 基準に係る項目であるが、これらの項目について出来高で評価されているものではない。
        - 高度な設備による評価
    - (4) その他
      - 後発医薬品の使用状況による評価
      - 治験、災害等の拠点病院の評価

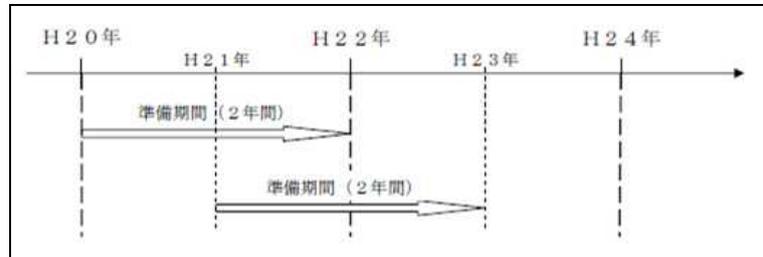
中医協資料をもとに作成

### 次回の分科会で退出ルールの素案取りまとめ

この日の DPC に関するもう 1 つの議題は 2009 年度の DPC 病院の募集についてだったが、中川俊男委員(日本医師会常任理事)が「DPC 準備病院の募集をするときには、退出ルールも決めてあるべき」と、事務局に DPC からの退出ルールに関する議論のスケジュールを質した。事務局は「分科会での機能評価係数の議論をスピードアップし、その後検討に入る」としたが、中川委員は「分科会で議論するのは筋が違う。基本小委で議論すべきもので、事務局がたたき台を示し、準備病院の募集と併せてすみやかに議論を進めるべき」と主張した。そのため、次回の分科会では退出ルールの議論を優先して素案をまとめ、基本小委はその報告を受けて議論することになった。

退出ルールの議論のスケジュールを確認したことで、2009年度のDPC準備病院の募集についても議論。西澤委員は「2008年度改定時にDPC準備病院への算入ルールができたことで、2009年から準備病院になるために、2008年に議会で承認を得た自治体病院がかなりの数に上ると聞いている」と述べ、2009年度は募集を行うよう要望した。事務局は、今回募集を行った場合の課題として、

改定年度をまたぐことに加え、調整係数の段階的な廃止が決まっていることから、調整係数の計算が複雑化することや元となるデータが大幅に変化する可能性などを挙げた（右図）が、「2年間の準備期間で対象病院になれると考えて準備を進めているため、事務局の負担は大きいが対応してほしい」（西澤委員）とし、対馬委員も、準備病院になることを希望している病院に自治体病院が多く、議会や条例との関係があることに理解を示し、募集に賛同した。



- (1) DPC 対象病院になるためには、2年間の準備期間を必要としており、2009年度に準備病院を募集すると、最短で2011年度からDPC対象病院となることになる。
- (2) 調整係数は、過去2年間のデータを用いて計算するため、改定時以外にDPCへの参加を認めることになると、改定前後の一部の項目や点数の異なるデータを用いて、計算しなければならない。
- (3) DPCの診断群分類点数表は、全DPC対象病院のデータを元に計算しているため、新たに参加する医療機関が多くあった場合、この元となるデータが大幅に変化する可能性がある。

### 入院医療に関する論点は夏までに提示

今回は、前回時間切れとなった基本診療料（入院）に関する議論も行った。初回は本格的な議論に入る前段階として、事務局が提示した資料（安心と希望の医療確保ビジョンや社会保障国民会議など各種審議会等での指摘事項、入院料の仕組みなど）で、入院医療に関する現状や直近1年間の動きについて確認した。

西澤委員は「かなり複雑。入院基本料に含まれている入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用についても整理して、議論の材料としてほしい」と述べ、今後の議論のスケジュールを確認した。佐藤敏信医療課長は「検証部会の結果や施設基準の届出状況など今あるデータの範囲で、入院基本料について論点を整理し、次回以降夏頃までに資料を準備して説明したい」とした。

検証部会の結果を元にした基本診療料（外来管理加算や勤務医の負担軽減）に関する基本小委での議論は、本来の流れでは検証部会でまとめの議論を行い、それを総会に報告した後になるが、そのスケジュールでは早くても5月中旬になる。「できるだけ早く基本診療料の議論に入りたい」（藤原委員）との要望が出たことから、総会と基本小委を4月中に同日開催する方向でスケジュールを調整し、それが不可能なら基本小委を優先することになった。