

中医協「2009年度第1回 診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会」
 “後発医薬品の使用状況”の機能評価係数化は見送りの方向

2009/4/13

中医協の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）は4月10日、現行の調整係数に代わって2010年度から段階的に導入する「機能評価係数」について、DPC対象病院において評価を検討すべき項目、と急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目、とに分け、2010年度改定で導入する優先順位の高い項目をピックアップした（下表参照）。



今後、係数の候補を絞り込み、シミュレーションする作業が年末まで続く

前回までの整理で、「医療機関の負担が大きく速やかにデータを把握することが困難であるもの、またはDPCにおける急性期としての評価が困難であるもの」については、3月25日の中医協・診療報酬基本問題小委員会（以下、基本小委）で2010年度改定での導入を見送ることが決まったため、今回検討されたのは「DPCデータを用いて分析が可能であるもの」と「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」に該当する項目。診療ガイドライン（以下、GL）を考慮した診療体制確保の評価やチーム医療の評価などを導入の優先順位が高い項目とし、後発医薬品の使用状況による評価や手術症例割合に応じた評価などを優先順位が低い項目に挙げた。4月15日の基本小委に提案する。

これまでに提案された項目	
DPCデータを用いて分析が可能であるもの	
DPC対象病院において評価を検討すべき項目	
優先順位が高いものとして基本小委に提案するもの	
<ul style="list-style-type: none"> ・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およ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 	
優先順位が低いものとして基本小委に提案するもの	
・手術症例割合に応じた評価	
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	
DPC対象病院において評価を検討すべき項目	急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目
優先順位が高いものとして基本小委に提案するもの	優先順位が高いものとして基本小委に提案するもの
<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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
優先順位が低いものとして基本小委に提案するもの	優先順位が低いものとして基本小委に提案するもの
・術後合併症の発生頻度による評価	

その他、既存の制度との整合性等を図る必要があるもの	
DPC 対象病院において評価を検討すべき項目	急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目
<p>優先順位が高いものとして基本小委に提案するもの すでに診断群分類の分岐として評価されているもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・副傷病による評価 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 	<p>優先順位が高いものとして基本小委に提案するもの すでに診断群分類の分岐として評価されているもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 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
<p>優先順位が低いものとして基本小委に提案するもの すでに診断群分類の分岐として評価されているもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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) 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 ICU 入院患者の重症度による評価 全身麻酔を実施した患者の割合による評価 術中迅速病理組織標本作製の算定割合による評価 	<p>優先順位が低いものとして基本小委に提案するもの 出来高で評価されているもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 病理医の数による評価 病理解剖数(割合)または CPC 開催状況による評価 ・高度な設備による評価 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

CPC: 臨床病理検討会 (Clinicopathological Conference)

中医協資料をもとに作成

GL を考慮した診療体制確保の評価については、医療機関が GL を考慮した診療体制を取っていることを評価し、GL の順守率は盛り込まないことで、2010 年度改定で導入を検討する項目とした。評価対象とする GL は、日本医学会に加盟している学会が作成した GL や厚生労働科学研究で作成した GL などを想定している。

また、医師、看護師、薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価も、係数化の優先順位が高いものに位置付けた。チーム医療には、合同カンファレンスなどで多職種が専門的な立場から意見を出し合う形態や、栄養サポートチームや褥瘡ケアチームなど診療科や病棟の垣根を超えた病院横断的な組織で実施する形態があるが、「いずれも患者にとってプラスになる」(小山信彌委員・東邦大学医療センター大森病院心臓血管外科部長)ことから、チーム医療の形態を限定せずに広く評価することを検討する。

手術症例数を評価する項目については、症例数が集まることで手術成績が良くなる手術もあるとの意見が出たが、症例数が集まらない地域もあるため、2010 年度改定での導入は見送った。術後合併症の発生頻度による評価については、全 DPC 患者を対象とせず、合併症発生の可能性が高い患者を分母にして発生頻度を調整する案が提案されたが、何を合併症とするか、重症と軽症の線引き、発生リスクなどの定義が困難なことに加え、相川直樹委員(財団法人国際医学情報センター理事長)が「発生リスクが高い患者を受け入れなくなるなど、医療が淘汰され、ねじれてしまう」と述べ、見送りが決まった。

後発医薬品の使用状況による評価については、「国内シェアが30%を超えるまでは、後発医薬品の使用を促す何らかのインセンティブが必要」(佐藤博委員・新潟大学教授・医歯学総合病院薬剤部長)、「厚生労働省が本気で後発医薬品の使用を進めるなら、医薬品使用のイニシアティブをとるDPC病院を評価すべき」(小山委員)など機能評価係数化を推す意見や「“変更可”にしても調剤薬局が変更しない現実がある。DPC病院で進めようということなら、外来を院内調剤に戻して後発医薬品を出した方がいい」(伊藤澄信委員・独立行政法人国立病院機構本部医療部研究課長)などの意見が上がった。一方、「後発医薬品の普及は重要だが、機能評価係数は収入を保障する調整係数とは違う。入れるべきでない」(相川委員)「包括医療の中で後発医薬品を使えばメリットがある。むしろ、DPC病院以外が使ったときに評価した方がいい」(吉田英機委員・昭和大学医学部名誉教授)などの反対意見も上がった。最終的に西岡分科会長が「機能評価係数として採用することは論理的に難しい」と判断した。

今後は、基本小委の議論を踏まえ、データ収集がしやすい項目から順次シミュレーションを行う。ただ、機能評価係数の実際の数値は改定率の決定後でなければ決められないため、シミュレーションは改定率を±0%と想定して行うことになり、事務局は「機能評価係数が最終的に決まるのは年末」としている。