

中医協「2009年度第15回 診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会」 2009/12/25
 診断群分類の手術「あり」「なし」分類ごとに副傷病を設定

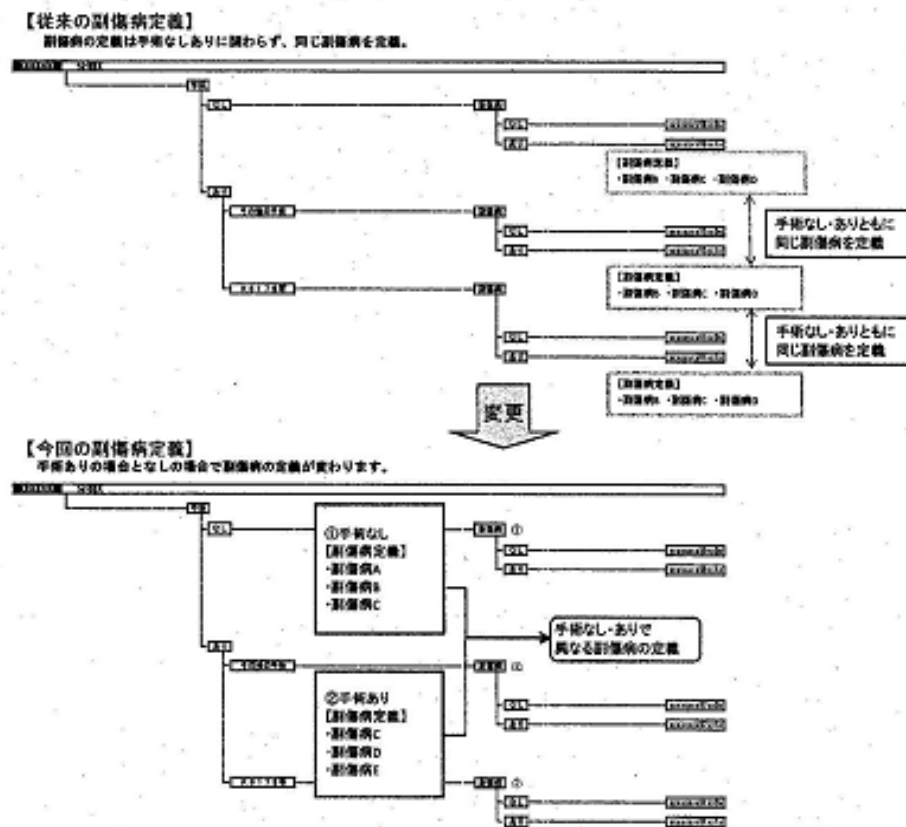
12月24日の診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会（会長：西岡清・横浜市立みなと赤十字病院院長）では、次回 DPC 改定に向けて MDC 毎作業班からの診断群分類の見直しに関する報告等と、基本問題小委員会における議論の結果報告を受けた。

MDC 作業班の班長である齊藤壽一委員（社会保険中央総合病院名誉院長）から、分類見直しについて以下の報告があった。

多数の生物学的製剤等の高額薬剤の薬価収載に対応すべく、高額薬剤による分類数を 129 分類から 202 分類に増加
「120010 卵巣・子宮付属器の悪性腫瘍」に化学療法レジメによる分岐を 1 項目追加
副傷病による分岐方法を見直して、6 桁の診断群分類の手術の「あり」「なし」の分類ごとに、対象とする副傷病を設定する（下図参照）

の「卵巣・子宮付属器の悪性腫瘍」の化学療法レジメとして追加する項目は、「カルボプラチン+パクリタキセルあり」、「カルボプラチン+ドセタキセル水和物あり」。

の副傷病による分岐設定は、これまで診断群分類ごとに分岐の対象となる副傷病が設定されていたが、手術を行う症例と行わない症例によって、副傷病の構成が異なることがあるため、手術の「あり」「なし」の分類ごとに設定するものとなった。



続いて、報告された診断群分類数の疾患数は、増減合わせて1増の507、診断群分類数は同103増の2460（何れも12月10日時点での暫定数）となったが、DPC全体ではシンプル化を目指しているものの今回は調整係数の見直しに伴って数が増えたとした。

さらに、一体化して提出することが決定しているEファイルとFファイルについて、一体化するためのプログラムが厚生労働省から来年6月以降に医療機関に配布されることとなった。

抗がん剤等の包括除外化は今後の重要課題

12月11日と16日に開催された診療報酬基本問題小委員会におけるDPCの検討結果報告を受けて争点となったのは、高額となる抗がん剤をDPCの包括評価から外出し（包括除外）するかどうかの部分。現状ルールでは、新しく薬価収載された高額な薬剤については出来高の診断群分類として取り扱い、次の診療報酬改定時にそれまでに収集したデータに基づき包括化することになっている。しかし、患者によって投与量が大きくことなるケースがあることなどから出来高算定とする要望が強くなっている。

「DPCに現在がん病院が参加していないことも、これらに起因する部分が多い」とする山口俊晴委員（癌研究会有明病院消化器科外科部長）は、化学療法を行っている現場の医師からも一度ヒアリングをすべきだとした。松田委員は「高額な薬剤についての対応は、ある一定の要件の基に出来高としている国（フランスやドイツ）と、レジメを明確にしてレジメごとに（ツリー図の）分岐をさせていく国（オーストリア）がある」と海外の状況を紹介、出来高で行っている場合は薬の使い方のモニタリングの仕組みが出来ていると解説した。

小山信彌分科会長代理（東邦大学医療センター大森病院心臓血管外科部長）は「1点以上といった一定のラインを決めて外出ししてはどうか」と発言、他の委員も1日薬価1点以上としてはどうかと続いた。また、疾病を特定するべきではないという意見も出されるなど活発な議論が交わされた。西岡分科会長は、こうした検討内容を今後の課題として取り組むことについて、年明けの診療報酬基本問題小委員会に報告するとした。

分科会終了後の記者説明で保険局医療課の長谷川課長補佐は、「もともと抗がん剤を長期使用している患者が異なる疾病で入院してきた場合」と「がんを主病とする患者の場合」の二つの議論があったと整理し、「来年度改定に反映させることになるかどうかはわからない」としながらも、「この議論はDPC制度の根幹にもつながる話なので時間をかけて議論を行うことになる」と長期的な対応が必要との見解を示した。

なお、松田晋哉委員（産業医科大学医学部公衆衛生学教授）から、アルブミンを投与しただけでKコードの輸血「あり」とするケースがかなりあると問題提議がなされ、次回改定で是正する方向となった。