

診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会（分科会長：小山信彌・東邦大学医療センター大森病院心臓血管外科部長）は 8 月 1 日、新規の高額薬剤への対応について、現行の「平均+1SDルール」を廃止し、パーセンタイルを基準とすることを了承した。

現行は、前年度に使用実績のない薬剤を標準的に使用した場合の薬剤費の見込み額が、使用していない場合の「平均+1SD を超える」ものを DPC の高額薬剤と定義しているが、ヒアリング等では、この基準が厳しすぎて費用償還が困難な事例がある等の指摘があった。そこで事務局は、高額薬剤の基準を「平均+1SD を超える」場合から「84 パーセンタイルを超える」場合に変更する案を提示し、分科会の了承を得た。なお、現行の「平均+1SD」をパーセンタイルに換算すると正規分布の場合 84.13 パーセンタイルに相当するが、事務局は、現行の DPC 包括範囲の薬剤費分布は必ずしも正規分布とはなっておらず、肺がんの「平均+1SD」を換算すると 91 パーセンタイル、胃がんは 94 パーセンタイルなど概ね 90 パーセンタイル前後となっており、基準を 84 パーセンタイルにすることで基準緩和につながるとした。委員からは、現状に近い運用とするには「90 パーセンタイル」が適しているとの意見もあったが、事務局は基準の緩和を大前提にしていると説明し、分科会の同意を得た。

■医療機関群の設定、「医師密度の高い病院群」を議論

基礎係数の医療機関群をめぐる議論では、大学病院本院以外の候補について、一定以上の医師密度・診療密度を持つ医療機関を 1 つの医療機関群に設定する案について検討したが合意に至らず、引き続き議論することになった。

事務局は、病床当たりの医師数（医師密度）が多い施設ほど、外保連試算上難易度の高い手術を実施していることや、1 日当たり包括範囲の出来高換算（診療密度）で点数の高い症例を診療していることなどを示すデータを提示。その上で、大学病院本院並みの医師密度・診療密度を持ち、一定以上の①医師研修の実施、②高度な医療技術の実施、③重症患者への診療を実施——のいずれかに該当する病院を 1 つの医療機関群に設定する案を提示した。しかし、委員からは、「医師数が少ない地方の病院が不利になるのであれば、医師密度を要件とすることには賛成できない」とする意見が上がり、全会一致には至らなかった。基本的な方向性は残しつつ、今後検討を続ける。

■ケアミックス病院は医療機関群から除外

もう一方の候補に挙がっていたケアミックス病院について、亜急性期入院医療管理料に関する追加分析では、DPC 病床から自院の亜急性期病床への転床時期について、多くの病院が DPC/PDPS の包括点数が一段階下がるタイミングで、より包括点数の高い亜急性期病床に患者を転床させている可能性があることが明らかになった。そのため、医療機関群の検討からは除外し、算定ルールの見直しを検討することとした。