

診療報酬調査専門組織 (DPC評価分科会) 座席表

(日時) 平成23年2月9日 (水) 13:00~15:00

(会場) 厚生労働省専用第22会議室 (18F)

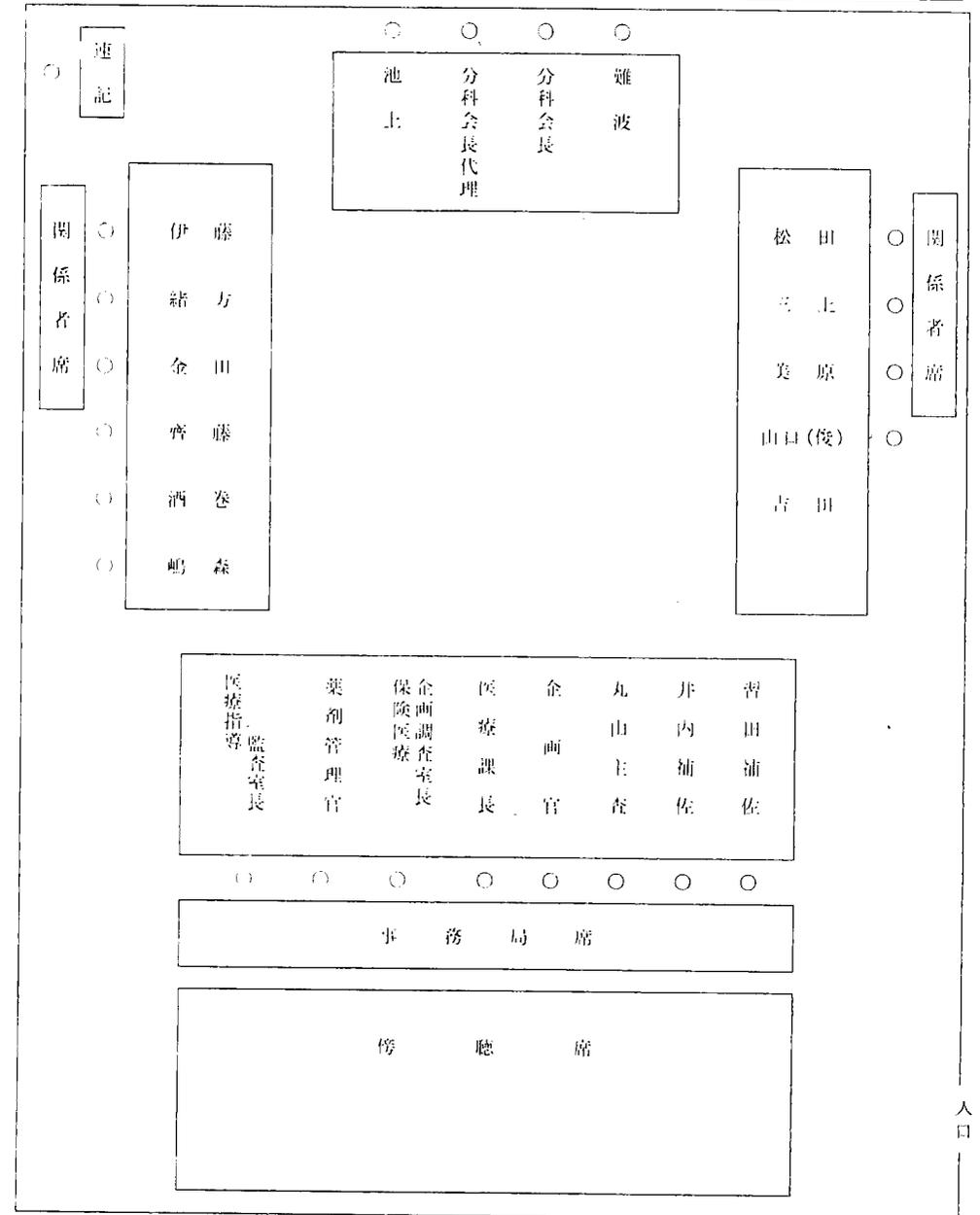
平成22年度 第11回 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会

日時：平成23年2月9日 (水) 13:00~15:00

場所：厚生労働省専用22会議室(18階)

議事次第

1. 平成23年1月13日・DPC評価分科会 検討概要
(検討事項と主な意見等)
2. DPC/PDPS調整係数見直し後の医療機関別係数のあり方
(これまでの検討のまとめと今後の検討方針について)
3. DPC/PDPSの包括範囲について



診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会委員一覧

<委員>

氏名	所属等
相川 直樹	財団法人国際医学情報センター理事長
池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授
伊藤 澄信	独立行政法人 国立病院機構 総合研究センター 臨床研究統括部長
緒方 裕光	国立保健医療科学院 研究情報センター センター長
金田 道弘	社会医療法人緑社会理事長兼金田病院長
熊本 一朗	鹿児島大学医療情報管理学教授
○ 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
齊藤 詩一	社会保険中央総合病院名誉院長
酒巻 哲夫	群馬大学医療情報部教授
鈴木 洋史	日本病院薬剤師会常務理事・東京大学医学部附属病院薬剤部教授
嶋森 好子	社団法人東京都看護協会会長
難波 貞夫	富士重工業健康保険組合総合太田病院病院長
◎ 西岡 清	横浜市立みなと赤十字病院名誉院長
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
三上 裕司	日本医師会常任理事・特定医療法人三上会 総合病院東香里病院理事長
美原 盤	財団法人脳血管研究所附属美原記念病院院長
山口 俊晴	癌研究会有明病院副院長
山口 直人	東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学第二講座主任教授
吉田 英機	昭和大学医学部名誉教授

◎ 分科会長

○ 分科会長代理

平成 23 年 1 月 13 日 D P C 評価分科会 検討概要 (検討事項と主な意見等)

DPC/PDPS 調整係数見直し後の医療機関別係数のあり方 (D-2)

- 前回 (平成 22 年 12 月 16 日) までの DPC 評価分科会での検討を踏まえ、以下のような調整係数見直し後の医療機関別係数の具体案を事務局が提示し、それをたたき台に見直し後の医療機関別係数の在り方について検討した。

【事務局提示の概要】

- 医療の効率化の進展を適切に反映しつつ制度参加時点での包括点数との差を維持する調整の仕組みを廃止するとともに、医療機関円滑運営のためのバラつきへの対応や制度参加へのインセンティブについては制度見直しにおいて維持することを基本とする。
- 具体的な医療機関別係数として、次のような見直しを行う。
 - ・ 基本的な診療機能に対する報酬を算定する「基礎係数」の導入し、直近の出来高診療実績を反映
 - ・ 診療のバラつきに対応するため、「一定幅」を設定するとともに、同等の機能を有すると考えられる医療機関群ごとに同一の基礎係数を設定することで機能評価係数ⅠやⅡで評価しきれない施設特性を包括的に反映
 - ・ 機能評価係数ⅠとⅡについては、出来高報酬体系に基づく医療機関単位での構造的因子の評価 (機能評価係数Ⅰ) と出来高報酬体系に基づかない制度参加へのインセンティブの評価 (機能評価係数Ⅱ) として明確化・再整理

【一定幅の設定方法について】

- 包括評価に一定幅を設ける方法について、診断群分類点数表に織り込んで設定をするか、係数で対応するかは、方法論の違いであり、今後の検討の中で整理することとされた。

【基礎係数の導入と医療機関群の設定について】

- 特定機能病院でも現行調整係数で 15% 程度の差があるなど、基礎係数を医療機関群で単一にした場合の混乱は大きく、またコスト削減を優先した粗診粗療に誘導される可能性があることから、個別医療機関による調整を残すべきではないか、という指摘がなされた。
- 一方で、そもそもの議論の出発点は、同じような病院にもかかわらず調整係数が異なる事への違和感であり、包括評価制度である以上、個別調整は望ましくないのではないかという意見や、解決すべき課題は医療機関の分類方法であって、具体的にどのように分けていくかを適切に検討すると

いう前提があれば、グループ化を進めていくべきではないかとの指摘もなされた。

- 事務局案はこれまで分科会で整理してきた基本的な考え方や議論が概ね反映された内容であり、今後、データに基づく検証を繰り返しながら具体的な医療機関群の検討を行うのであれば受け入れられる提案ではないか、といった意見や、グルーピング化する方向そのものはこの制度の趣旨に合っているのではないかと、という見解も示された。

【医療機関群設定の在り方について】

- 特定機能病院については、500床から1,000床と病床規模が異なり、また、地方・都会、国立・私立、総合大学・単科大学等の相違もあるなど、単一の群として設定することは困難ではないかという指摘がなされた。
- 一方で、特定機能病院の役割はある程度共通であり、その中での差が大きいこと自体が問題であって、期待されている役割が同じような医療機関群に対応した基礎係数が設定されるべきではないかと、との指摘や、特定機能病院も地域によっては一般病院や地域支援病院と同様の役割を果たしている場合があることから、それぞれに対応した医療機関群を設定すればよいのではないかと、という見解も示された。
- 医療機関群の設定について、病床規模による線引きは根拠に乏しく、むしろ、医療機関設置の根拠法や制度の違い、月当たり患者数、総合病院・単科病院といった診療形態など、医療機関の類型化において着目すべき具体的な幾つかの視点も指摘された。
- 同様に、国立病院機構における管理の実例が紹介され、病床規模と診療機能（総合病院タイプと精神、結核、神経難病や療養所タイプ、など）を勘案した7類型が活用されているとし、DPC/PDPS対象病院についてもある程度の類型化は可能ではないかと、という見解が示された。
- また、医療機関群の設定にあたっては、それぞれのグループ内でどの程度のバラつきがあるのかがポイントであり、逆に、例えばプラスマイナス5%などの一定の範囲内にバラつきがおさまるように類型を設定する必要があるのではないかと、逆に10%以上の差があるような群の設定は難しいし、3%に抑えて百以上の群というのも意味がなく、事務局案の適否は群の数と群内のバラつきによるのではないかと、更に、当初、群の数が多くても徐々に集約していくことは可能ではないかと、といった指摘もなされた。

【今後の検討について】

- 事務局案が適当か否かの評価については、結局のところ適切な医療機関群の設定が可能かどうかの一点に集約され、具体的な医療機関群の案をデ

一々に基づき検討してみないと現時点でその是非を評価することは適当でない、との見解が大勢を占めた。

- 今あるバラつきを所与のものとする、効率化のインセンティブが働きにくくなることから、バラつきがあったとして、そのバラつきがどの程度で実際に集約できるものか否かを見極めながら検討を進める必要があり、データに基づく具体案を策定してみて、それが管理可能なものかどうか検討するという方向で進めるのが良いのではないかという指摘がなされた。同時に、データに基づき分散をある程度に抑えるという視点だけでなく、機能的な観点（規範的な観点からのあるべき論）も必要との指摘もなされた。
- これらの議論を踏まえ、DPC評価分科会としては、データに基づいた検証や激変緩和のあり方について議論を行うという前提で、最終的には医療機関群別の基礎係数を設定していく方向で検討を進めることで概ね合意が得られ、次回の中医協総会にこの旨を報告することとなった。

DPC/PDPS 調整係数見直し後の医療機関別係数のあり方

(これまでの検討のまとめと今後の検討方針について)

今後の調整係数見直しに伴う最終的な医療機関別係数のあり方については、平成 23 年 1 月 13 日までの DPC 評価分科会での検討及びその結果を踏まえた平成 23 年 1 月 21 日の中医協総会での検討の結果、以下のような考え方で今後の検討を進める。

1. DPC/PDPS 調整係数見直し後の医療機関別係数として、基礎係数、機能評価係数 I 及び機能評価係数 II を合算した値とする方向で検討する。

$$\text{医療機関別係数} = \text{基礎係数} + \text{機能評価係数 I} + \text{機能評価係数 II}$$

(1) 基礎係数

① 基本的考え方

- ・それぞれの医療機関群毎の基本的な診療機能を評価
- ・DPC/PDPS に参加する病院の診療機能（施設特性）を反映させるため、DPC/PDPS 参加病院を幾つかの医療機関群に分類

② 具体的方法

- ・直近の診療実績（改定前 2 年間分の出来高実績データ）に基づき、医療機関群毎に 1 件あたり平均償還額により算出

(2) 機能評価係数 I

① 基本的考え方

- ・医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等を反映
- ・出来高点数体系で評価されている構造的因子を反映

② 具体的方法

- ・医療機関全体として有する機能等に着眼して設定されている出来高点数を医療機関別係数に換算（出来高点数体系で評価されていることが前提）

(3) 機能評価係数 II（※）

① 基本的考え方

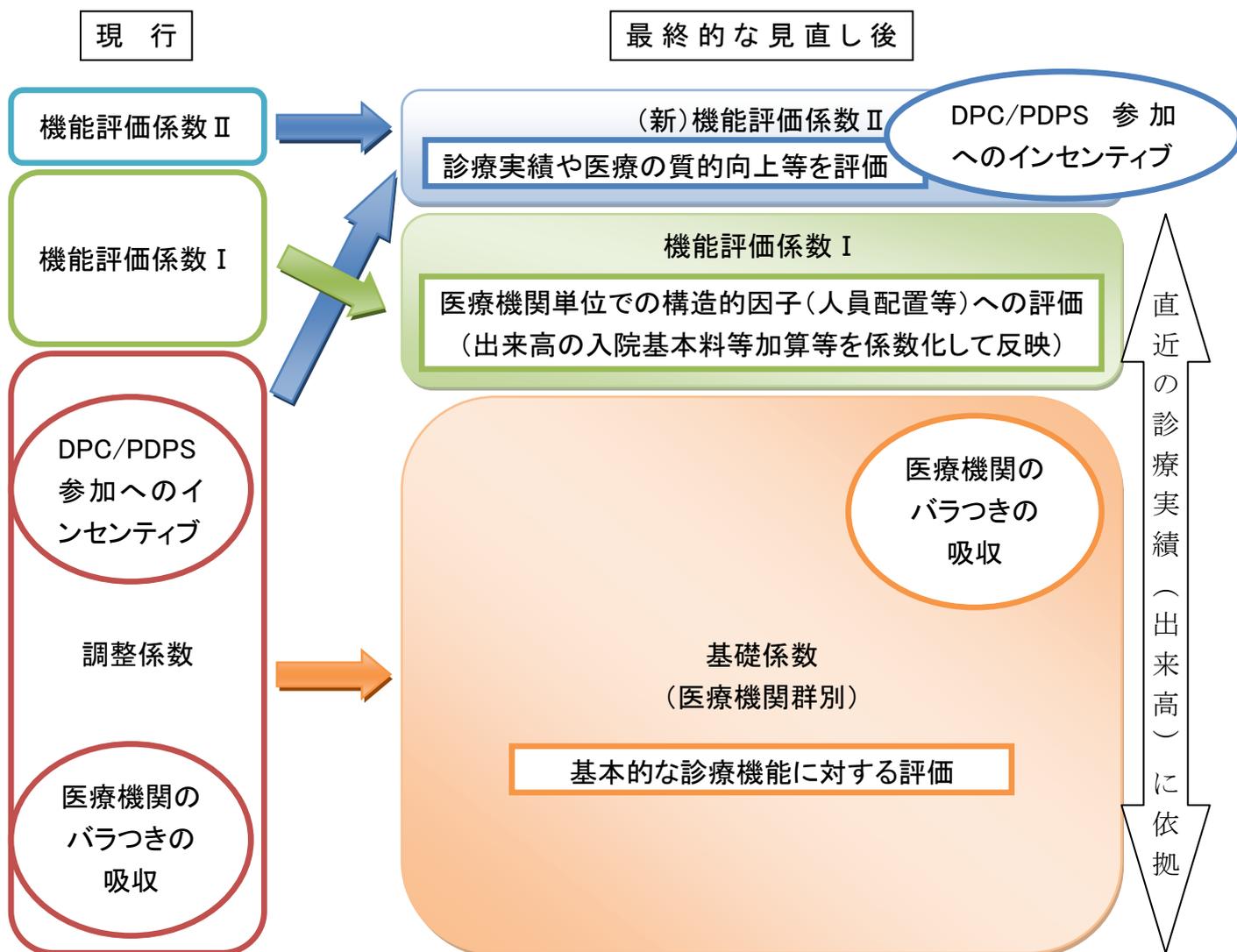
- ・DPC/PDPS 参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブを評価

② 具体的方法

- ・機能評価係数Ⅱに配分される一定の財源を各係数に按分し、各医療機関の診療実績等に応じて、その配分額を算出
- ・最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算

※平成 22 年改定で導入されたものと必ずしも一致しない。

2. 検討にあたっては、医療機関群の設定方法等を含め、データに基づく具体的な検証を踏まえるものとする。
3. 実際に制度移行する場合の経過措置（激変緩和）については、別途検討を行う。



医療機関別係数のあり方を踏まえた、
機能評価係数Ⅰ・Ⅱの再整理（案）

1. 機能評価係数Ⅰ

- 機能評価係数Ⅰは、医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等、医療機関単位での構造的因子(Structure)を評価する入院基本料等加算等を係数として設定したもの。
- 上記の整理から、現行の診療報酬項目の中には、機能評価係数Ⅰとして評価することを検討してもよいと考えられる項目がある。
- 一方で、これらの点数は、現行では出来高評価（包括範囲から除外）とされているため、これらの見直しについては今後の「DPC/PDPS の包括範囲について」の整理を踏まえて、改めて検討してはどうか。

例) がん診療連携拠点病院加算、地域加算、離島加算、画像診断管理加算

2. 機能評価係数Ⅱ

(1) 評価方針

平成24年改定に向けた機能評価係数Ⅱの具体的な項目については、今後、現行6項目も含めて改めて検討する予定。その前提で、これまでの医療機関別係数のあり方の整理等を踏まえ、今後検討する機能評価係数Ⅱの具体的な評価方針について、以下のように再整理してはどうか。

機能評価係数Ⅱの具体的な評価方針（案）

1. 評価の基本的考え方

機能評価係数Ⅱが評価する医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブとして次のような項目を考慮する。なお、係数は当該医療機関に入院する全DPC対象患者が負担することが妥当なものとする。

(1) 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現

<主な視点>

- 医療の透明化（透明化）
- 医療の質的向上（質的向上）
- 医療の効率化（効率化）
- 医療の標準化（標準化）

(2) 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現（地域における医療資源配分の最適化）

<主な視点>

- 高度・先進的な医療の提供機能（高度・先進性）
- 総合的な医療の提供機能（総合性）
- 重症者への対応機能（重症者対応）
- 地域で広範・継続的に求められている機能（4疾病等）
- 地域の医療確保に必要な機能（5事業等）

2. 評価の具体的方法論

- 中医協の決定に基づき一定の財源を各係数毎に按分し、各医療機関の診療実績等に応じた各医療機へ配分額を算出する。最終的に算出された配分額を医療機関別係数に換算する。
- 原則としてプラスの係数とする。

- DPC データを活用した「係数」という連続性のある数値により評価ができるという特徴を生かして、段階的な評価のみではなく、連続的な評価も考慮する。
- 評価に当たっては、診療内容への影響を考慮しつつ、必要に応じて係数には上限値・下限値を設ける。

【参考】新たな「機能評価係数」に関する基本的考え方

(平成 20 年 12 月 17 日 基本小委 了承)

1. DPC 対象病院は「急性期入院医療」を担う医療機関である。新たな「機能評価係数」を検討する際には、「急性期」を反映する係数を前提とするべきではないか。
2. DPC 導入により医療の透明化・効率化・標準化・質の向上等、患者の利点（医療全体の質の向上）が期待できる係数を検討するべきではないか。
3. DPC 対象病院として社会的に求められている機能・役割を重視するべきではないか。
4. 地域医療への貢献という視点も検討する必要があるのではないか。
5. DPC データを用いて係数という連続性のある数値を用いることができるという特徴を生かして、例えば一定の基準により段階的な評価を行うばかりではなく、連続的な評価の導入についても検討してはどうか。
その場合、診療内容に過度の変容を来たさぬ様、係数には上限値を設けるなど考慮が必要ではないか。
6. DPC 対象病院であれば、すでに急性期としてふさわしい一定の基準を満たしていることから、プラスの係数を原則としてはどうか。
7. その他の機能評価係数として評価することが妥当なものがあれば検討してはどうか。

【参考】A 項目（※）における新たな機能評価係数の候補の絞り込みに当た
っての考え方 (平成 21 年 6 月 24 日 基本小委 了承)

評価すべき項目

- (1) 診断群分類点数表では、評価が困難である、若しくは、当該 DPC 病院に
おいて、特別にコストがかかっているもの
- (2) DPC 病院における医療の質を担保するためのもの
- (3) 当該病院に入院する全 DPC 対象患者が負担することが妥当なもの
- (4) 地域として必要な機能とおもわれるもの
- (5) 既に十分なデータがあるもの、又は容易に調査可能なもの
- (6) 新たな機能評価係数とすることについて、比較的合意が得られやすいもの
- (7) 機能評価係数として評価した場合に、病院での診療や診療報酬の請求に於
いて、問題が生じにくいもの

※ A 項目とは、平成 22 年改定において機能評価係数Ⅱの検討をするにあたり、
「DPC 対象病院において評価を検討すべき項目」として分類された項目を
指す

(2) 現行の機能評価係数Ⅱ（6項目）について

前述の評価方針を踏まえ、現行の機能評価係数Ⅱ（6項目）を整理すると、以下の通りとなる。

- データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数については評価方針の考え方と合致

機能評価係数Ⅱ の評価項目	具体的な評価方針と合致する項目	
	全 DPC 対象病院が目指すべき望ましい医療の実現	社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現（地域における医療資源配分の最適化）
データ提出指数	標準化、透明化	
効率性指数	効率化	
複雑性指数		重症者対応
カバー率指数		総合性
地域医療指数		4 疾病等、5 事業等

- 救急医療係数は地域の医療確保に必要な機能（5 事業等）について救急医療機能の提供を評価するという観点からは評価の基本的考え方に合致している。一方で、平成 22 年改定においては、「包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等を評価する」という考え方から係数設定がなされており、医療機関の（救急医療における）基本的な診療機能のバラつきを評価するという側面も有している。

- 以上を踏まえ、現行の救急医療係数について現時点でどう考えるか。

調整係数見直し後の最終的な医療機関別係数のあり方を踏まえた機能評価係数Ⅱの再整理

診調組 D-2-2別紙
2 3 . 2 . 9

今後の機能評価係数Ⅱの具体的な評価方針

平成22年改定
での設定項目

DPC/PDPS
参加による
医療提供体制
全体としての
効率改善等への
インセンティブ
→(新)
機能評価係数
Ⅱ

1. 全DPC対象病院が目指すべき望ましい医療の実現
＜主な視点＞
 - 医療の透明化
 - 医療の質的向上
 - 医療の効率化
 - 医療の標準化

データ提出指数

効率性指数

2. 社会や地域の実情に応じて求められている機能の実現(地域における医療資源配分の最適化)
＜主な視点＞
 - 高度・先進性
 - 総合性
 - 重症者診療機能
 - 地域で広範・継続的に求められている機能(4疾病等)
 - 地域の医療確保に必要な機能(5事業等)

複雑性指数

カバー率指数

地域医療指数

救急医療係数

基本的な診療機能の評価

医療機関の
バラつき吸収
→基礎係数で評価

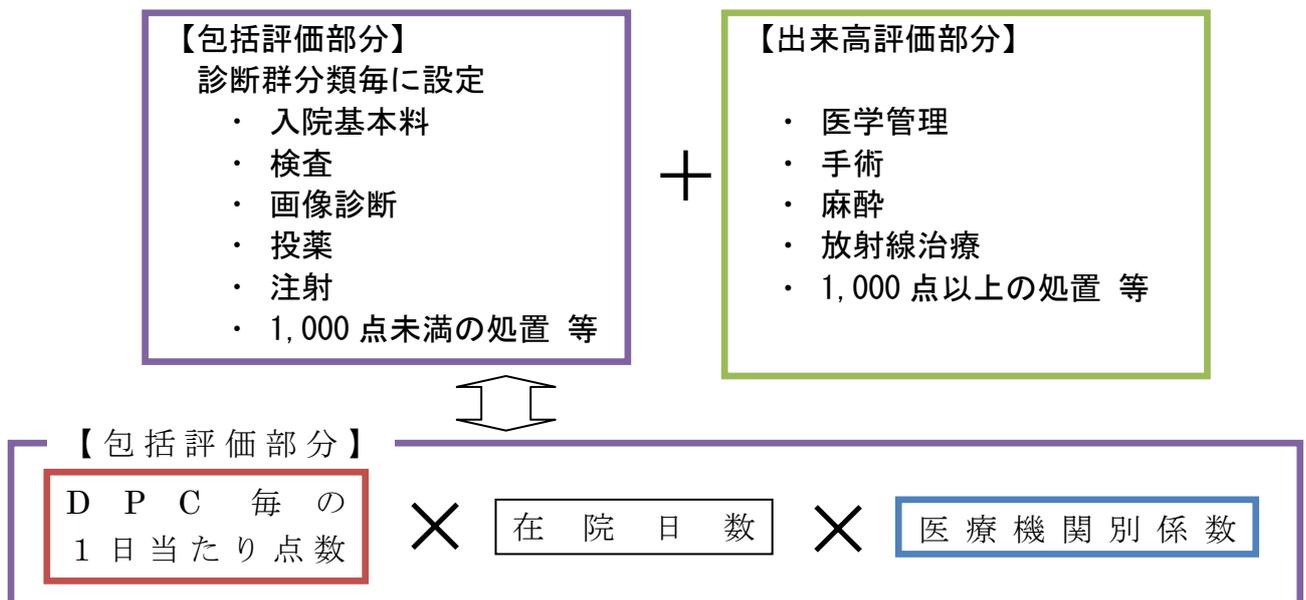
DPC/PDPS の包括範囲について

1. 包括評価の基本的考え方

(DPC 制度(DPC/PDPS)の概要と基本的な考え方より抜粋)

② 包括評価の対象とする診療報酬項目 (包括範囲)

- 包括評価の対象として設定されている出来高診療報酬項目は、入院基本料等、検査、画像診断、投薬、注射、リハビリテーション・精神科専門療法における薬剤料、処置 (1,000 点未満)、病理標本作製料等である。
- これらは、DPC 制度に先行して実施された国立病院等 10 病院における急性期入院医療の定額払い方式の試行において採用された包括範囲を修正したものであり、当時の検討を踏まえ、実施の有無によって報酬が大きく異なる手術料をはじめとする技術料的な色彩の強い診療報酬項目を除外するとともに、薬剤等のいわゆるモノ代や入院基本料等の施設管理運営の範疇に入るような項目を中心に評価する、という方向に沿って設定されたものであった。



【参考】 包括評価の範囲の変遷について

項 目		定額払い方式 試行時	DPC/PDPS 創設時	現在
入院料 等	入院基本料	◎	◎	◎
	入院基本料等加算	◎	▲ (係数評価)	▲ (係数評価)
	特定入院料	◎	○ (加算評価)	○ (加算評価)
医学管理等				▲
在宅医療				
検査		◎	○	○
画像診断		◎	◎	○
投薬		◎	◎	◎
注射		◎	◎	○
リハビリテーション・ 精神科専門療法				
	薬剤料		◎	◎
処置		○ (1000点未満)	○ (1000点未満)	○ (1000点未満)
手術・麻酔				
	薬剤料・ 特定保険医療材料料	◎		
放射線治療				
病理診断		◎	◎	○

- 凡例： ◎ 例外なく全て包括
 ○ 一部の例外を除き包括
 ▲ ごく特定の点数のみ包括

2. DPC/PDPS 創設時の包括評価

(1) 原則として包括評価にされているもの（凡例の◎と○）

① 入院基本料

「10 対 1 一般病棟入院基本料」を基本とし、看護配置や病院類型が異なるもの（下記）については、機能評価係数 I の加算・減算により評価している。

〔 7 対 1（一般病棟・特定機能病院・専門病院）、7 対 1 特別（一般病棟）、
10 対 1（特定機能病院・専門病院）、10 対 1 特別（一般病棟） 〕

② 特定入院料

急性期の患者に係る特定入院料（下記）については、包括評価の対象としている。実際の算定にあたっては、「10 対 1 一般病棟入院基本料」を基本とし、差額加算を算定する。

〔 ・救命救急入院料
・ハイケアユニット入院医療管理料
・新生児特定集中治療室管理料
・新生児治療回復室入院医療管理料
・小児入院医療管理料
・特定集中治療室管理料
・脳卒中ケアユニット入院医療管理料
・総合周産期特定集中治療室管理料
・一類感染症患者入院医療管理料 〕

③ 検査・病理診断

侵襲度が高く高度な技術を要する検査（下記）については包括評価の対象外とされた。なお、病理診断は制度創設時では検査の一部とされていた。

〔 ・カテーテル検査（心臓、肺臓、肝臓、脾臓）
・内視鏡検査
・診断穿刺・検体採取料 〕

④ 画像診断・注射

DPC/PDPS 開始創設時は全て包括評価である。

⑤ 投薬

DPC/PDPS 開始創設時は全て包括評価である。ただし、自宅退院患者の退院時処方（薬剤料のみ）に限り、別途算定できる。

⑥ 処置

DPC/PDPS 創設時は、定額払い方式試行時の考え方を踏襲し、1,000 点以上の処置について出来高評価とし、それ以外を全て包括評価としている。なお、1,000 点の線引きは平成 11 年から実施された。

⑦ 薬剤料・特定保険医療材料料（再掲）

手術・麻酔で使用する薬剤料及び特定保険医療材料料（以下「薬剤等」とする。）は、手術日に算定が集中することから、包括評価の対象外として、出来高で算定している。それ以外の薬剤等については、包括評価の対象とする。

(2) 特定の点数のみ包括評価となっているもの（凡例の▲）

○ 入院基本料等加算

医療機関単位でその機能に着目して算定する入院基本料等加算（下記）については、医療機関別係数の形で評価をしている。それ以外の患者や病棟、地域差に着目した加算については出来高で算定できる。

・総合入院時医学管理加算	・地域医療支援病院入院診療加算
・臨床研修病院入院診療加算	・診療録管理体制加算
・医師事務作業補助体制加算	・看護補助加算
・医療安全対策加算	

(3) 全て出来高評価となっているもの

DPC/PDPS 創設時に技術料的な色彩の強い診療報酬項目（下記）については、すべて出来高評価となっている。

- | | |
|--------------------|--------|
| ・医学管理 | ・在宅医療 |
| ・リハビリテーション（薬剤料を除く） | |
| ・精神科専門療法（薬剤料を除く） | ・手術 |
| ・麻酔 | ・放射線治療 |

3. 包括範囲・評価手法の変遷

制度創設後の診療報酬改定において、包括評価の取扱いについては別紙のような見直しが行われてきている。

包 括 範 囲 ・ 評 価 手 法 の 変 遷

年度	技術料的な色彩の強い項目の除外	診療報酬項目の特性に応じた評価の見直し	高額薬剤等に係る見直し（詳細は本文参照）		
			包括範囲からの除外	包括点数設定方法の見直し	新規技術への対応
平成16	<ul style="list-style-type: none"> ● 造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合） ● 病理診断・判断料 			悪性腫瘍の化学療法・短期入院などに係る新しい設定方法の導入	診療報酬改定において新規に導入された手術等について包括評価の対象から除外（全て出来高）
平成18	<ul style="list-style-type: none"> ● 画像診断管理加算 	出来高→包括 <ul style="list-style-type: none"> ● 手術前医学管理料 ● 手術後医学管理料 【検査が包括されている項目】			高額薬剤への対応ルール承認（運用は平成19年7月から）
平成22		1日あたり点数→機能評価係数Ⅰ <ul style="list-style-type: none"> ● 検体検査管理加算 【医療機関毎の機能の違いを反映】 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 包括→出来高 <ul style="list-style-type: none"> ● 無菌製剤処理料 ● 術中迅速病理組織標本作製 【患者により実施状況が大きく異なる】	①HIV感染症に使用する抗ウイルス薬、②血友病等に使用する血液凝固因子製剤、③慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓に係る薬剤等 【高額な費用のかかる処置等を長期継続的に実施する疾患の治療】	実際の医療資源の投入量により近似させるため、3通りの設定方法を導入	

4. 高額薬剤等の取扱いについて

(1) 背景

- 高額薬剤等の使用の有無による包括範囲の資源投入のバラつき等、包括点数設定の妥当性については、改定時の包括点数設定の際に検証し、DPC（診断群分類）の精緻化、または、バラつきの大きいものについてはDPC/PDPSの対象からの除外、により対応することを基本としている。
- 上記の運用原則を前提に、これでは対応できない幾つかの指摘や課題については、これまで次のような対応がなされてきた。

(2) 具体的対応（改定時のDPC精緻化以外）

① 包括点数設定方法の見直し

- 平成16年改定の、包括評価（1日あたり定額点数）の設定方式において、悪性腫瘍の化学療法の短期入院などについて、包括点数と実際の資源投入量との乖離を縮小する観点から、入院初期に医療資源投入量の多いDPCについて新しい設定方法を採用した。
- 平成22年改定において、診断群分類点数表を、実際の医療資源の投入量により近似させるため、包括評価（1日あたり定額点数）の設定方式を2通りから3通りへの変更を行った。

② 新規技術への対応

- 平成16年改定より、診療報酬改定において新規に導入された手術等について包括評価の対象外（全て出来高）とすることとした。
- 平成18年改定において、改定後（正確には改定で使用した退院患者調査終了以降に）新規に薬価収載等された高額な薬剤等を使用する患者について、包括評価の対象とせず、出来高算定とすることとした（運用は、新規に保険収載された医薬品、医療機器に関する対応ルールの設定後の平成19年7月から）。

DPCにおける高額な薬剤等への対応ルール
(平成19年7月11日中医協基本小委承認)

- (1) 平成17年11月以降に保険導入又は効能追加の承認がなされた医薬品、医療機器のうち、以下の要件に該当するものを使用した患者は包括評価の対象外とし、出来高算定とする。
- 当該医薬品等を使用した場合における包括範囲内の薬剤費が当該医薬品等を使用しない場合の算定額と比較して以下の基準を超えていること。
 - ① 既に平成18年度に使用実績のある医薬品等については、DPC本体調査より得られたデータを用いて、当該医薬品等を使用した症例の薬剤費が、使用していない症例の薬剤費の平均+1SD
 - ② 平成18年度に使用実績のない医薬品等については、当該医薬品等の標準的な使用における薬剤費(併用する医薬品も含む)の見込み額が、使用していない症例の薬剤費の平均+1SD
- (2) 出来高算定とする医薬品等については、次期診療報酬改定において使用実績等を踏まえ検討し、原則として包括評価にすることとする。
- (3) 今後、新規に保険収載される医薬品等で上記の要件に該当するものについては、保険収載の決定と同時に包括評価の対象外とするかどうかを決定すること。

③ 包括範囲からの除外

- 平成22年改定の検討において、高額な投薬や処置等を長期継続的に実施する疾患の患者が、その疾患とは直接関連のない他疾患の治療のため入院し、当該疾患を主病とする診断群分類点数表で包括点数を算定した場合には、高額な薬剤費等が十分に反映されていない、との指摘があった。
- この指摘を踏まえ、平成22年改定では、高額療養費制度における取扱(長期高額疾病)等も参考に、①HIV感染症に使用する抗ウイルス薬、②血友病等に使用する血液凝固因子製剤、③慢性腎不全で定期的の実施する人工腎臓に係る薬剤等、については出来高で算定することが妥当との結論に至った。

- また、上記検討において、抗がん剤についても同様の取扱いとするべきではないか、との指摘があり、DPC 病院における抗がん剤使用の実態、他の薬剤との整合性、高額薬剤に関する対応の考え方等を整理しつつ、今後検討することとされている。

④ その他

- 平成 16 年改定で策定した診断群分類について、幾つかの高額な検査や薬剤については、包括評価と出来高評価の乖離が大きいことから、これらについて出来高評価とし、その後の平成 18 年改定において当該 DPC の設定を見直した（平成 17 年 6 月 8 日中医協総会答申、同年 7 月 1 日より出来高評価へ変更）。
- 平成 22 年改定で高額薬剤に該当するとして一旦出来高扱いとされたドキソルビシン（リボソーム製剤）が投与される DPC について、薬剤の使用の有無による医療資源の投入量の変動が明らかに大きいことから、当該薬剤に係る DPC を出来高評価とし、平成 24 年改定において当該 DPC の設定を見直す事となった（平成 22 年 5 月 26 日中医協総会承認、同年 6 月 1 日より出来高評価へ変更）。

5. 論点

(1) 包括範囲・評価手法の原則について

包括評価をより適切なものにするために、診療報酬改定において、診断群分類（DPC）の精緻化を行い、バラつきの大きいDPCについては包括対象外とする原則で対応するとともに、これに対応出来ないものについては、以下の原則による見直しを行ってきた。

- ① 技術的な色彩の強い項目の除外
- ② 診療報酬項目の特性に応じた評価の見直し
- ③ 包括範囲からの除外
- ④ 包括点数設定方式の見直し
- ⑤ 新規技術に係る取扱いルールの設定

○ これらの原則は妥当か。また、不足している観点は無いか。

(2) 高額薬剤等の取扱いについて

抗がん剤を含めた高額薬剤等の問題は、以下の2つの論点が存在していると考えられる。これについてどう考えるか。

- ① 高額な費用のかかる副傷病に対する治療として生じる問題
例) 経口抗がん剤を服用するがん患者が骨折で入院した場合
- ② がんの化学療法等で入院する場合に、在院日数が短いと十分な包括報酬が得られない問題

○ これらについてどう考えるか。