

平成24年度のDPCの改定項目が決まった。調整係数の段階的な廃止と基礎係数の導入、病院群の設定、高額薬剤に対する84パーセントイル値の設定など、様々な改革案が盛り込まれている。今回のインタビューは、2年をかけて改定内容を議論してきた中央社会保険医療協議会 診療報酬専門組織 DPC評価分科会会長の小山信彌氏にお話を伺った。



東邦大学医学部 外科学講座 心臓血管外科 教授
中央社会保険医療協議会 診療報酬専門組織 DPC評価分科会 会長

小山 信彌氏

みんなが行った医療が 次のDPCになる

DPC病院群は 目標ではない

— 平成23年度のDPC評価分科会では様々な改革案が決まりました。特に今回は、基礎係数の導入、病院群の新設、高額薬剤の使用の3点を中心にお話をお伺いしたいと思います。

まず、最初に基礎係数と病院群についてお伺いします。平成24年度改定では調整係数から基礎係数への置き換えが行われています。この基礎係数をDPC病院I群(大学病院本院群)、DPC病院II群(高診療密度病院群)、DPC病院III群(それ以外のDPC病院群)と分けたことで、DPC病院II群に入ることを目指す病院が増えてくるように思いますが、いかがですか。

小山信彌氏 DPC病院II群(高診療密度病院群)に入ることがその病院にとって必ずしも良いことかどうかはわかりません。というのも、DPC病院II群(高診療密度病院群)になれば機能評価係数IIの定義が変わってくるからです。

たとえば地域医療指数の救急医療の点数は、DPC病院I群(大学病院本院群)とDPC病院II群(高診療密度病院群)では救命救急センターの指定が前提条件になっていますが、DPC病院III群(それ以外のDPC病院群)ではその前提要件がありません。周産期医療の点数も、DPC病院I群とDPC病院II群では総合周産期母子医療センターの指定がないと1ポイントがもらえません。しかし、DPC病院III群では地域

周産期母子医療センターでも1ポイントが取れます。つまり、背伸びをせずに、自分たちの病院に合った点数を取ることが一番良いと思います。

— DPC病院II群の設定に際して4つの基準が設けられました。当初の議論では医師数による基準を設けることになっていましたが、結果的には初期研修医の数で制限を設けることになりました。この経緯を教えてくださいいただけますか。

小山氏 中医協総会から、DPC病院II群(高診療密度病院群)の基準として医師数を用いると医師の争奪戦が起こるという意見が出されたためです。そこで臨床研修医数に基準を変更しました。これも当初は初期研修医だけでなく後期研修医数を基準に入れることを

考えていましたが、後期研修医は各施設が独自に増やすことができる。一方、初期研修医は施設が独断で募集人数を変更することができず、その採用もマッチングで行われるため、これならば良からうということで基準として採用しました。

— それに関連して、がんセンター等については初期研修医数を基準としないことが、すんなりと決まりましたが、これも中医協協会の要望だったのでしょうか。

小山氏 そうです。がんセンターには初期研修医はいないのでそこを考慮して欲しいという意見があり、調べていくと特定機能病院の要件のなかに医師の研修という項目がありましたので、そうであれば初期研修医数は外してもよいだろうということになりました。

— 4月にはDPC病院Ⅰ群、DPC病院Ⅱ群、DPC病院Ⅲ群という3本立ての基礎係数がスタートします。DPC病院Ⅱ群は80施設くらいと予想されますが、どのくらいまで増えるのでしょうか？

小山氏 DPC病院Ⅱ群の数がどのくらいになるかはっきりとはわかりませんが、50~100施設くらいに収まるのではないのでしょうか。そうすると、DPC病院Ⅰ群が80施設、DPC病院Ⅱ群が50~100施設、残りの約1300施設がDPC病院Ⅲ群ということになりますが、この約1300施設をすべて同じ基礎係数にするのは無理があるのではないかと思います。

現行の調整係数で言うと1.2くらいから0.9くらいまでの病院が同じ群に入るわけですから、何らかのサブグ

ループを設けるか、機能評価係数Ⅱで新たな項目を見つける必要が出てきます。

高額薬剤に関する対処

— 高額薬剤に関する取り決め、いわゆる84パーセンタイル値の設定についても大きな反対はなく決まったように思いますが、この点についてはいかがお考えでしょうか。

小山氏 高額な薬剤の発売が続いたことで包括点数に占める薬剤費が高くなり、なかには胃の悪性腫瘍のように薬剤比率が94パーセンタイルまで達しているものがありました。そこで出来高と包括の区分ポイントを従来の「平均+1SD」という基準ではなく84パーセンタイルに変更したのです。医療機関としてはそのほうが薬剤を使いやすくなります。

ただし、高額薬剤はこれから次々と上市されるでしょうから、新規の医薬品を導入していくためには後発医薬品をうまく使うことも必要になります。

— 一部のDPC病院の平均在院日数が延びた際に、これは黒字化のためではないかと噂されたこともありました。

小山氏 それが問題なのです。主治医が、患者さんをどのタイミングで退院させるかは、あくまでも医療上の必要性で判断してもらいたい。院長も個別の収支に拘泥するのではなく、采配を振るって欲しいのです。

DPC評価分科会の運営

— 最後にDPC評価分科会そのものについて教えてください。DPC評価分科会はメンバーを入れ替えながら、様々なことを決

めてきましたが、人選には小山先生の意見も反映されているのでしょうか。

小山氏 これはまったく反映されておりません。人選に関しては、すべて事務局が行っています。第1回の分科会で初めて新しいメンバーを知りました。

— 平成23年度のDPC評価分科会を振り返ると、本当に様々な意見が出され、年内に決まらないのではないかと思っていたのですが、年末の数回で一気に集約されました。

小山氏 今の事務局の企画官の手腕だと思います。われわれの議論を聞いて、「こういうものを作って欲しい」と言うと、きちんと作ってくる。DPC評価分科会でNoという回答になると、次回には違うアイデアを出してくる。そうした経緯があったので、最後の数回で一気に決めていけたのだと思います。

— DPC評価分科会では委員の先生方からも多様な意見が出されましたが、下準備等でご苦労なされたのではないのでしょうか。

小山氏 下準備はしたことがありません。私も会場に行って初めてその日の資料を見ていました。下準備も根回しも一切なかったから、委員の先生方が本音を言ってくれたのだと思います。私も発言しやすい雰囲気作りをしてきました。統計資料を見て、「何これ、わからないぞ」と声に出して言う。そうすると「分科会長もわからないのだから、自分がわからなくても恥ずかしくはない」と思って発言してくれる。

そうやって丁々発止のやりとりを続けてきたことが、新しい制度を作り出す原動力になったのだと思います。