

~~もやもや~~

DPCよもやま話

連載
第5回

ゴールドンルールズ・コンサルティング (GR) 代表取締役

DPCマネジメント研究会 理事

芦田弘毅

後発医薬品係数

後発医薬品係数とは？

本連載は全6回なのでそろそろラストスパ
ートが見えてきましたが、ここで、後発
医薬品（以下、後発品）係数について取り
上げましょう。

後発医薬品の数量シェア

$\text{=後発品} / (\text{後発品がある先発品} + \text{後発品})$

〈注釈〉

- ①原則、入院医療に使用される後発品のあ
るすべての薬剤（包括部分+出来高部分）
⇒つまり、先発品しかない薬剤は除外
- ②薬価が先発品と同額もしくはそれ以上の
後発品は除外
- ③経腸栄養剤、ミルクは除外
- ④仕入れベースではなく、使用ベース（EF
ファイルでの請求ベース）
- ⑤数量は、薬価基準告知上の規格単位ごと
に数える
⇒厚生労働省が公表するマスターを元に数
量を数える

要するに、「後発品をどれくらい採用して
いますか？」というのを、「実際に後発品に
置き換え可能な医薬品の総数」を分母とし
て、そのうち、分子である「後発品数」が
どれくらいの割合を示すかという基準で評
価されます。

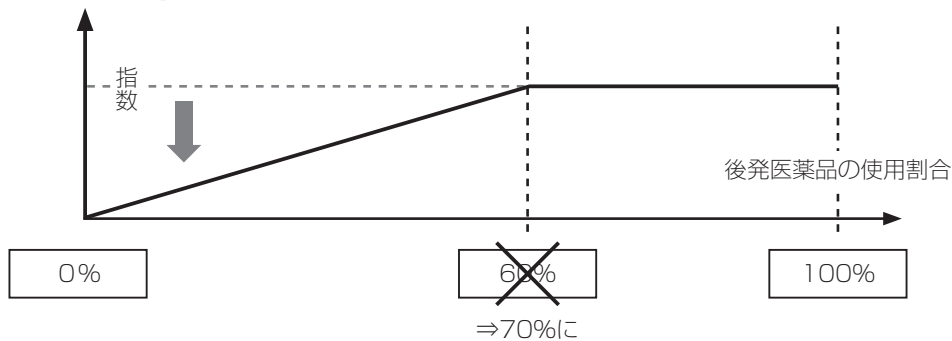
ここでひとつ微妙なのは、評価は「薬価」
や「採用品目数」ベースではなく、「数量」
ベースであるということ。これだと、1本
数万円する抗がん剤や造影剤も、1錠数円
しかかからない内服の錠剤でも、数量1は
1です。また、同じ医薬品で1000mLを1
本使っても、200mL 5本に分けて同じ量
を使ったとしても、それぞれカウントは1本
と5本になります。

そもそも手術請求ではなく包括になる部
分での医薬品使用であれば、その分だけ包
括部分の医薬品購入コストが下がるので、
係数評価ではその金額インパクトまで拾わ
なくても、それはそれでいいのかもしれま
せんが……。

また、図表1の後発品数量シェアによる
評価には上限が設けられており、その上限
を超えてしまえば係数は満点になるので、

図表 1 後発品数量シェアによる上限評価の変更

【案 1】 目標値に達していない医療機関を減点する考え方
 [評価のイメージ]



それ以上、数量シェアを上げても評価は変わりません。

平成26年度の後発品係数評価導入時は60%でしたが、平成28年度改定の際、その上限は70%に引き上げられました。今後、どうなっていくのでしょうか。80%に引き上がるのでしょうか、それとも後発品導入が進んでいない病院にだけ係数の減算対応をするのでしょうか。そこはあくまで予想でしかないので、何とも言えないですね。

でも、ひとつ言えるのは、この上限値というのは、DPC評価分科会やDPC制度を取り扱っている厚生労働省保険局医療課が勝手に定めているのではなくて、別に厚生労働省が定めた「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」に則って決められています。また、平成27年6月の閣議決定において、平成29年に70%以上とするとともに、平成30年度から平成32年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする、という新たな数量シェア目標も定められています。

病院によってはショックな書き方かもし

れませんが、後発品係数導入当初、コンサルタントは必死になって対策を病院に訴えたものですが、今は正直やっていて当たり前。クライアント病院に対しては、もはや「えっ、まだ満点じゃないんですか?」というような状況です。そういう後発品置き換え業務が完了した病院にしてみたら、今さら後発品係数というのは、基準の引き上げも含めて、制度が変わらないかどうかは注意すべきですが、基本的に一度切り替わった後発品が大量に先発品に戻ることはあり得ないので、あまり興味は持たれません。

ただし、そういう病院があるからといって、後発品係数が重要でないかと言えば、決してそうではなくて、「やって当たり前」だけに、「やっていないとすごく痛い」という偏差による評価の怖さについて、述べたいと思います。

後発品係数の生い立ちについて

そもそもDPC評価分科会に事務局から提案されたのは、「効率性係数の中の1項目」

としての評価でした。例えば、本連載でまだ触れていませんが、地域医療係数などでは災害拠点病院かどうかなどの12項目による「体制評価」と、自医療圏のDPCデータにおける患者シェアによる「定量評価」の複合で係数が決まります。同様に、効率性係数も在院日数の短さの評価と後発品の採用状況の評価を合計して、係数を算出する案も検討されたのです。

しかし、分科会の中で「性質のそぐわない2種類の評価を混在させることは、病院が何を目指すか考えるうえで混乱を招く」ということで、後発品係数は効率性係数から分離されることになりました。

ここまで読むと、当たり前じゃないかと思われる方がいるかもしれませんが、ここで新たな問題が表出しました。それは、「機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分（重み付け）は等分とする」というルールが思いのほか大きな話だったことに、正直、私も後で気づいたということです。

つまり、「機能評価係数Ⅱ」全体に振り分けられた予算があったとして、効率性係数にも複雑性係数にも、そして新たに加わった後発品係数にも、等分の配分がなされたということです。今まで6項目であった機能評価係数Ⅱに後発品係数が加わって、均等に7等分されたということですから、前述の分離によって、後発品の採用状況がその他の係数と同格に引き上げられたと言えるでしょうね。

後発品係数の怖さ

それで何が問題かと言いますと、図表2-

①をご覧ください。

係数の最高が0.015に対し、最低として、0.000の評価の病院も約100あります。例えば、年間入院収入が100億円の病院があったとして、そのうち係数がかかる包括部分が50億円だとすると、これだけで50億円×0.015=7,500万円のインパクト差となりますね。

これに、そもそも包括部分の薬剤単価が後発品の場合、4割引きだったりするメリットもあるわけですから、後発品導入度合いを巡る経済的なインパクトは絶大です。

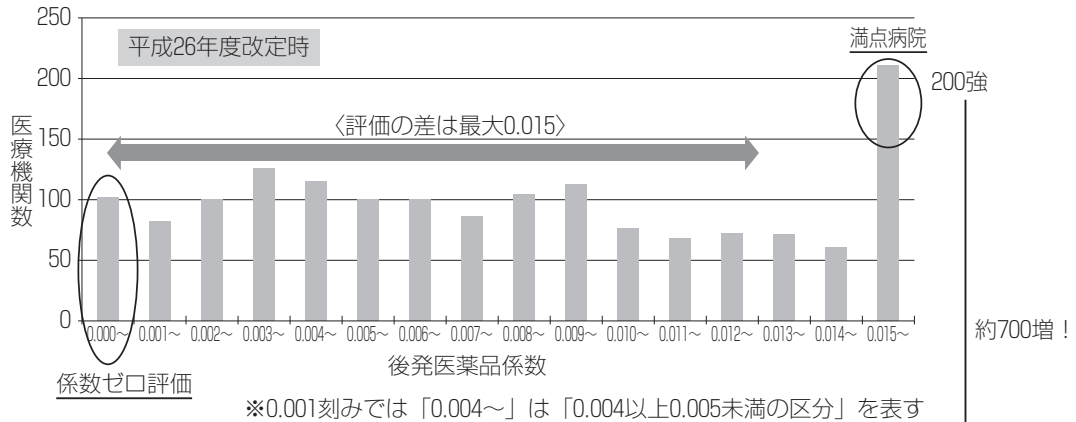
また、実際に機能評価係数Ⅱの引き上げを目指して取り組んだ病院の方であれば分かると思いますが、実際問題、患者さんの症例数にかかわる複雑性係数や地域医療係数などはその病院の状況を示すだけであって、いざ増やそうと思って簡単に増やせるものではないし、比較的可変的であると言われる効率性係数にしても、各診療科の医師が具体的に在院日数の短縮に取り組むことは大変な割に、1DPCで平均在院日数を数日縮めたからといって、大きく係数が変わるものではありません。

そんななか、後発品係数は「やれば数字が変わる、変えやすい」という意味で、まずは取り組むべき基本編と言えるのではないのでしょうか。

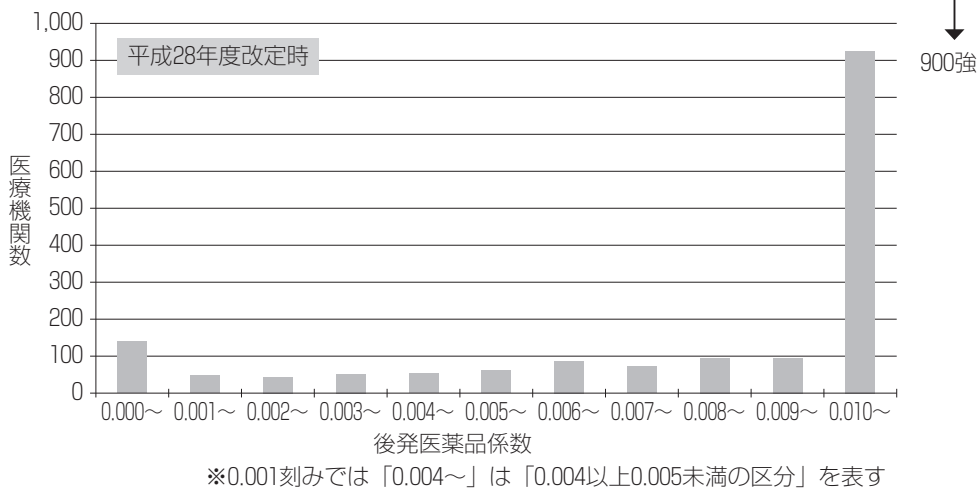
先ほどの図表2-①が平成26年度なのに対し、2年後の平成28年度段階では、図表2-②のように満点の病院数が約700増えて、採用率の低い病院は減りました。それだけに「やって当たり前」の後発品導入ができていない病院は、少ない数でダメージを背負っている状況とも言えるでしょう。

図表2 平成26年度・28年度の後発品係数分布（全病院）

①後発医薬品係数の分布（全病院）



②後発医薬品係数の分布（全病院）



後発品導入に関して、一昔前は「後発品を使って事故が起こったらどうするんだ」とか、「後発品を当院のような重症患者が多い急性期病院で使うわけにはいかない」などの意見が普通に院内で出ていました。もしそんな事故が起こったら、病院がどうだということよりも、その認可を与えた国自体が責任を問われる大事件じゃないのかな（？）とか、そもそもDPC病院は地域の急性期を担う病院が中心だと思います。

実際はせっかく商品名称で覚えたものを、一般名で覚え直してオーダーするのは大変、もっと言えば、変わらなくて済むものなら現状を変えたくない……みたいな現場の本音も当初はあったように思います。

そう考えていくと、後発品係数とは医薬品の採用うんぬんとどまらず、「どれだけ自分の病院が小回りを利かせて、制度対応のために変化できるか？」を評価する係数だとも言えるのかもしれませんがね。