

1. 日本における包括医療制度の現状

石名田 洋一

■はじめに

わが国で医療保険支払い制度上、一般病棟入院患者に包括システムが本格的に取り入れられたのは、「急性期入院医療の定額払い方式」(いわゆる日本版 DRG/PPS = Diagnosis Related Group/Prospective Payment System)として、平成 10 年 11 月 1 日から 8 の国立病院(仙台・埼玉・千葉・豊橋・神戸・南和歌山・岡山医療・九州医療)と 2 の社会保険病院(岐阜・諫早)の合計 10 病院において、試行されたのが最初といえる。さらに平成 15 年 4 月から特定機能病院等 82 病院に包括評価システムが導入され、次は一般病院に拡大されるのかどうか、医療保険のスキームに変革をもたらす時代が来たことを実感させられる。今回は後者を中心に前者と対比させながらそのシステムを解説する。

■包括医療

A. 急性期入院医療の定額払い(DRG)と特定機能病院等の包括評価(DPC)(表1)

1)「急性期入院医療の定額払い」(日本版 DRG)は、1 入院期間を通じた包括制度で、平成 10 年 11 月から国立病院等 10 病院で試行が続いている。この制度は手術料、麻酔料、1,000 点以上の処置等は出来高算定であるが、それ以外の入院基本料、薬剤、検査、特定保険医療材料等が包括される。開始当時は 183 DRG(第 1

版)に、その後 2 度の組み替え点数の調整を経て現在 267 DRG(第 2 版)に、それぞれ包括支払い額(基礎償還点数 × 相対係数)が設定されている。これ以外の疾患については出来高で算定する。

2)特定機能病院等の包括評価(DPC)は、1 日当たりの点数で包括評価を行う制度で、対象は特定機能病院等 82 医療機関の一般病棟入院患者で、傷病名が診断群分類に該当するもの(担当医師が決定)であるが、以下の場合は出来高で算定することになっている。

- a) 入院後 24 時間以内の死亡
- b) 治験対象者
- c) 臓器移植患者
- d) 高度先進医療対象者
- e) 回復期リハビリテーション病棟入院料等の算定対象者
- f) その他厚生労働大臣が定める者

ICU 等の特定入院期間も対象になり、それぞれに加算点数が設定されている(表2)。包括項目は上記1)に準ずるが、心臓カテーテル検査、手術・麻酔に用いられた薬剤、特定保険医療材料等は、出来高算定である。この制度の特徴は、①特定機能病院毎に医療機関別係数を、②DPC 毎に入院期間に応じて 3 段階の点数を、それぞれ設定したことである。

表1 包括医療の流れ

	第1版	第2版	第3版(DPC)
開始時期	平成 10 年 11 月	平成 13 年 4 月	平成 15 年 4 月(6 月末までの猶予あり)
MDC の数	13	15	16
DRG/DPC の数	183	532	2552
包括設定数	183	267	1860
実施医療機関数	10	10	82
資料提供病院数	10	10	82
ICD コード	ICD9	ICD10	ICD10

表2 ICU 等加算の例

	7 日以内	8 日以上 14 日以内
救命救急入院料 1	7,469	6,269
救命救急入院料 2	8,869	7,669
特定集中治療室管理料	7,169	5,969
一類感染症患者入院医療管理料	7,169	5,969

表3 MDC一覧

MDC 1	神経系疾患
MDC 2	眼科疾患
MDC 3	耳鼻咽喉科疾患
MDC 4	呼吸器系疾患
MDC 5	循環器系疾患
MDC 6	消化器系疾患、肝臓・胆道・脾臓疾患
MDC 7	筋骨格系疾患
MDC 8	皮膚・皮下組織の疾患
MDC 9	乳房の疾患
MDC10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
MDC11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
MDC12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
MDC13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
MDC14	新生児疾患
MDC15	小児疾患
MDC16	外傷・熱傷・中毒、異物、その他の疾患

B. 主要診断群(MDC=Major Diagnostic Category)**の変遷**

MDCは第1版では13に分類されていたが、第2版では新生児と小児疾患が加わり合計15と、小児科がこの制度に参加することになった。第3版といえるDPCでは16になり、精神科領域の疾患も分類されることになった(表3)。

C. 今回の診断群分類(DPC)の考え方

診断名とそれに関係する手術や処置を一連のものとして分類を行う。すなわち Diagnosis Procedure Combination という考え方である。この concept のもとに、産業医大公衆衛生学教室 松田教授を班長とする「急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究班(厚生科学研究)」が、まず内・外保連加盟の各学会にそれぞれの分野の疾患について、ICD10を基に分類案の作成を依頼し、また作成の際、上記研究班の顧問や厚生労働省の専門官が各学会の委員会に出席し、質問に答える等必要なアドバイスを行った。こうして学会が作成した原案を基に、研究班が学会間で疾患の重複や隙間にあたる疾患の取り扱い等の調整を図った。こうして2,552の診断群分類(今回はgroupとしていくつかの疾患をまとめて扱うという考えよりも、疾患と検査あるいは治療を combine するという考えに基づいたため、このように多くの分類が生じたものと思われる)が出来上がったが、このうち包括評価に該当するDPCの数は1,860であり、中医協の承認を得て平成15年4月(6月末までの猶予期間があった)より実施されることになった。

D. 包括評価部分

包括評価は(診断群分類毎の1日当たりの点数×医療機関別係数×入院日数)で算定される。診断群分類毎の

表4 調整係数の例示

調整係数上位5施設	
医療機関	調整係数
慶應義塾大学	1.1452
北海道大学	1.1191
金沢大学	1.1114
京都府立医大	1.1068
東海大学	1.1060
82施設平均	1.0346

1日当たりの点数や平均在院日数は、82特定機能病院等の平成14年7~10月の退院患者26.7万例から各種情報を収集・分析し算出された。

医療機関別係数は、調整係数と、入院基本料等加算を加えたものである。調整係数(表4)および入院基本料等加算(表5)については後ほど解説を加える。

さらにDPC毎の平均在院日数を基に、入院期間を以下の3段階に分け、それぞれに点数を設定した。①平均在院日数の25パーセンタイルの期間をI、②それ以降平均在院日数までをII、③平均在院日数の+2SDまでの期間。このことは後程例を挙げて説明する(症例の例示)。なおそれ以降の長期入院者があれば、その時点から出来高算定とするものである。

E. 出来高算定部分

1)入院基本料等加算(入院時医学管理加算等を除く)、指導管理、リハビリテーション、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療、心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取

2)1,000点以上の処置：エタノール局所注入、高気圧酸素治療(1救急的なもの、イ一人用、ロ多人用)，人工腎臓、血漿交換療法、局所灌流(1悪性腫瘍

表5 入院基本料等加算係数

1	入院時医学管理料加算 (医師数 \geq 病床数 \times 12/100, 患者数入院 \geq 外来1.5)	0.0103
2	紹介外来加算(紹介率30%以上)	0.0257
3	紹介外来特別加算(1+2)	0.0086
4	急性期入院加算(3, 平均在院日数17日以下)	0.0030
5	急性期特定入院加算(4+6, 安全管理体制, 地域医療連携)	0.0119
6	診療録管理体制加算	0.0005
7	total	0.0600

症例の例示(包括部分の計算)

【症例：変形性膝関節症で、人工関節手術を目的に57日間入院した場合】

1. A 特定機能病院でDPCによる計算(診断群分類番号：DPC=0702303X010XXX)

*Aの機関別係数：

調整係数(82特定機能病院等の平均値を準用) 1.0346 + 紹介外来加算 0.0257
+ 診療録管理体制加算 0.0005 = 1.0608

*入院期間：I=19日, II=37日(日数計算：I-1=18, II-I=18, 実日数-II+1=21)

*点数：入院期間I日未満=2,377点, 入院期間I日以上II日未満=1,757点,
入院期間II日以上=1,493点*包括評価点数：(2,377点 \times 18日 + 1,757点 \times 18日 + 1,493点 \times 21日) \times 1.0608 = 112,195.51(112,195点)
出来高部分として手術・麻酔料およびこれらに関する薬剤費, 人工膝関節等の特定保険医療材料等が加わる

2. 「急性期入院医療の定額払い」試行中のB国立病院でDRG/PPSによる計算(DRG=0707)：

(地域加算, 看護基準による加算はないものとする)

*基礎償還点数 40,476点 \times 相対係数 5.4385 = (220,128点)

出来高部分として手術料・麻酔料等が加わる

に対するもの, 2 骨膜・骨髓炎に対するもの), 吸着式血液浄化法, 血球成分除去療法, 腹膜灌流(2 その他の腹膜灌流), カウンターショック, 食道圧迫止血チューブ挿入法, 熱傷温浴療法, 皮膚レーザー照射療法(1 色素レーザー照射療法, 2 Qスイッチ付きレーザー照射療法), 腎孟内注入。

3) ギブスは、DRG開始のおり手術項目に分類されていたことを引き継ぎ、現在処置の項目であるが、その1,000点以上の項目は出来高算定できる。

■ 包括医療の特徴と問題点

1) 診断群毎に入院期間や医療費等各医療機関相互の比較が容易にできることから、経営改善に役立つ資料が得られる。

2) 自施設内で医師相互の評価や、扱う診断群の範囲から施設機能の分析が容易になる。

3) 医療従事者にコスト意識が根付くものと思われる。

4) 検査や薬剤等包括項目を意識しすぎると、粗診粗療になるおそれがあり、医療の質の検証が必要になる。

5) ICD10や診断群分類番号の選択・決定等日常診療

の上に新しい仕事が加わり、馴染みのないことと併せて医療現場特に担当医師の苦労が増える(診断群分類番号選定を専門にするいわゆるコーダーの配置が望まれる)。

6) 入院期間、ICU入院等によりそれぞれ算定額が異なり、患者自己負担額も変化する等医事会計が複雑になり、システムの大幅な改定を要する。

7) ICU等の加算点数によりその利用頻度が上がる可能性がある。

8) 早期退院のドライブが掛かり再入院例增加の可能性がある。

9) 外来での検査、治療が増加し外来診療の比重が高まる可能性がある。

10) DPCでは7月から10月の資料を基に包括評価額が決められたが、呼吸器系等冬季に多い疾患を考慮すれば、年間を通した資料が必要である。

11) 重症度や年齢による加算が一部しか考慮されていない。重症あるいは合併症の多い症例の受け入れを減らす可能性も否定できない。

■包括項目の見直し(要望事項)

今後の検討課題の重要な部分で問題点は多々あると思われるが、本書の性質上検査・診断に関わる事項を取り上げた。

医師が施行したり結果の判定に直接関係し、疾患の経過に重大な影響を及ぼす可能性の高い検査事項、特に「専ら担当する常勤医師の配置」を規定している項目等下記の各項目は、1,000点以上の処置料を出来高算定としていることとの整合性をはかる意味でも、出来高算定を認めるべきであると考えている。

1)検査

D026: 注3 □ 検体検査管理加算(II)	250点
D100: 病理組織迅速顕微鏡検査	1,790点
(1 手術につき)	

D101: 病理組織顕微鏡検査	880点
(1 手術につき)	

- 注1. 3臓器まで
2. 電子顕微鏡加算 1,200点,
免疫抗体加算 300点

D104: 病理診断料	255点
-------------	------

2)画像診断

通則 4, 5, 6, 7 に記載される以下の加算	
画像診断管理加算 1	48点
2	72点

3)核医学診断料(以下の各項目)

E100: シンチグラム(画像を伴うもの)	
1 部分(静態)(一連につき)	1,300点
2 部分(動態)(一連につき)	1,800点
3 全身 (一連につき)	2,200点
注2 甲状腺摂取率加算	100点
注3 新生児加算 30/100,	
3歳未満加算 15/100	

E101: シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影(同一のラジオアイソotopeを	
---	--

用いた一連の検査につき) 1,800点

注1 E100 の注2と同じ加算

注2 E100 の注3と同じ加算

注3 負荷試験加算 50/100

E101-2: ポジトロン断層撮影

1 ^{15}O 標識ガス剤を用いた場合

(一連の検査につき) 7,000点

2 ^{18}FDG を用いた場合

(一連の検査につき) 7,500点

E102: 核医学診断

375点

E201: 非放射性キセノン脳血流動態検査

2,000点

注3 新生児加算 30/100,

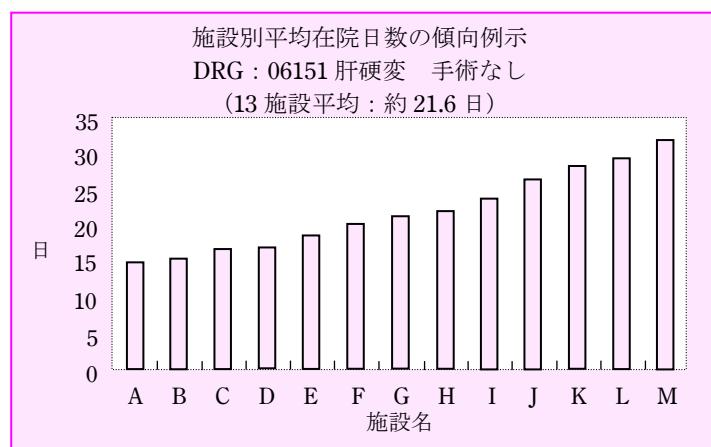
3歳未満加算 15/100

E203: コンピュータ断層診断

450点

■経営分析への応用

厚生労働省は、診断群分類第2版の1DRG当たり50症例以上が集まった疾患群の平均在院日数を、試行10病院と試料提供56施設に暫定資料として還元した。データの分析期間は平成13年4月から6ヵ月間で、「DRG: 06151 肝硬変 手術なし」をその例として図に示す。この期間にこのDRGを50例以上提出したのは13病院で、13施設平均在院日数は約21.6日、最長30日から最短約15日である。このように、診断群分類を用いることにより施設間の比較が一目瞭然になる。また資料は省略したが、自院内での在院日数分布も提供されており、症例毎・医師毎の比較も容易にできる。DRGの包括評価額は地域加算等を除けば病院間でさほど差がないため(出来高部分は手術の種類等で自ずと決まってくる)、在院日数を短くすることが収支改善の決め手といえる。DRG毎に分析をすれば、施設の強み弱みが浮き彫りになり、経営改善の有用な資料になることは、容易に理解される。



図

いずれ DPC においてもこうした資料は関係者に提供されることと思われるが、中医協資料として一般公開される可能性も充分あり得る。ただ、こちらは診断群分類毎の相対係数ではなく、施設固有の医療機関別係数(調整係数+入院基本料等加算)を乗ずるシステムであることから、自施設の係数を高め、次期改定時に認められるよう努力する必要が不可欠である。

調整係数は、包括評価に係る医療費が平成 14 年 7~10 月の実績に等しくなるように医療機関毎に設定された。また、入院基本料等加算は、入院時医学管理加算等 6 項目をそれぞれ係数化したもので、医療機関が社会保険事務所に届け出を行っている項目を合算することが出来る。これらの中には達成することが困難と思われる項目(入院時医学管理加算 : 入院患者 1 ≒ 外来患者 1.5 等)があり、6 項目の合計 0.06 を加えることの出来る施設は少ないものと思われる。

■今後の見通し

アメリカで DRG という病院管理手法が導入されて以来、世界各国でいろいろな形で利用されてきた。しかし今回の DPC という考え方は、「急性期入院医療の定額払い」第 2 版の際に導入された副傷病名、処置、手術等をそれぞれの診断群毎に定義付けを行い、合致するもの以外は出来高算定出来ない(包括部分に含まれる)とした流れを受けて、傷病名毎にこれらを結合(combine)して分類した。したがって群を作るという観点から見ればむしろ逆であって、同じ傷病名に手術の数だけ群が出来ることになる。勿論これは極端な例であり、20 症例以下では群として独立させない等の取扱法が決められている。こうした方法を可能にしたのは、極めて繊細に組み上げられてきた日本独自の診療報酬の仕組みが根底にあった結果だといえる。例えば骨折一つを取り上げても、骨折非観血的整復術、骨折経皮的鋼線刺入固定術、骨折観血的手術の 3 つがあり、そのおののに部位別点数が設定されている。こうしたシステムに慣れている我々の目から見れば、死因統計分類から始まった ICD という病名分類は、現在

version 10まで改定されたとはいえ、いかにも粗っぽく、現場から該当する ICD10 コードが無いといった声がしばしばあがってくる。

一方、検査・処置の項目では、現在の診療報酬システムを活用しているため、重症度別分類が不十分という点と包括される項目に対する不満を除けば、procedure に関する問題は少ないと想われる。こうした意味で DPC は他にあまり類をみない診断群分類法であり、この方式がうまくいけば、画期的なことといえるのではないか。いずれにしろ DRG や DPC を現場の意見をもとに改定し、日本に適した診断群分類を作成する系統的研究が、原価計算に基づく包括評価の組み立ても含め、今回の研究班に留まることなく、本格的専門研究機関を設置し恒常的に行われることを期待したい。

参考文献

- 1) 松田晋哉：わが国における DRG 方式導入と病院経営について. WAM No. 428(10) : 8~13, 1999
- 2) 松田晋哉：欧州における DRG の導入状況について. 第 7 回ヘルスリサーチフォーラム, 21世紀の保健・医療・福祉を考える—国際的な視点から見た日本の医療—NOV. 11, 2000
- 3) 石名田洋一, 松田晋哉, 他 : 日本における「急性期入院医療の定額払い」(DRG/PPS) の現状と未来. 医療 56 : 713, 2002
- 4) 石名田洋一 : 日本版 DRG/PPS の現状, DRG/PPS 対応臨床検査のガイドライン(第四次案)2002, (日本臨床検査医学会編), 宇宙堂八木書店 2002. p.1~4
- 5) 石名田洋一 : 急性期疾患の定額払いの試行と問題点. 骨・関節・靭帯 14 : 217, 2001
- 6) 石名田洋一 : 新しい局面を迎えた包括支払い制度. 日整会広報室ニュース 52 号 : 6~7, 平成 15 年 1 月
- 7) 社会保険研究所 : 特定機能病院における入院医療の包括評価の概要. 平成 14 年 4 月

(平成 15 年 7 月脱稿)