

在院日数に応じた評価のイメージ

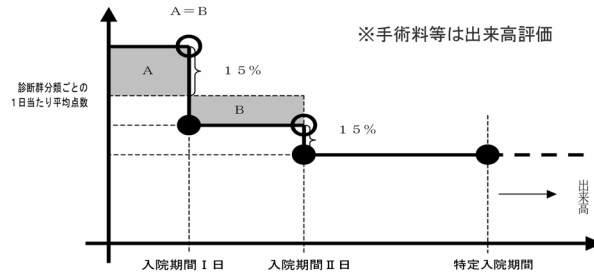


図2 在院日数に応じた評価のイメージ(平成15年3月, 厚生労働省資料より)

包括評価の算定のイメージ

胃がんの場合(30日間入院)		155,230点
◇ 診断群分類: 胃の悪性腫瘍、開腹胃全摘術(処置等、副傷病なし)		
* 1日当たり点数	14日まで	2,939点
	15日~28日	2,172点
	29日以上	1,846点
◇ 入院医療機関: A大学附属病院		
* 医療機関別係数: 1.0507	調整係数: 1.0245	
	紹介外来加算: 0.0257	
	診療録管理体制加算: 0.0005	
(算定内訳)		
○ 包括評価 = 2939点 × 1.0507 × 14日 + 2172点 × 1.0507 × 14日		
+ 1846点 × 1.0507 × 2日 = 79,061点		
○ 出来高評価 = 76,169点(胃全摘術等)		

図3 包括評価の算定のイメージ(平成15年3月, 厚生労働省資料より)

■ 包括評価の概要

包括評価(一日定額制)の概要は次の通りである。

- ・ 一般病棟の入院患者を対象とする。
- ・ 1860の診断群(Diagnosis Procedure Combination, DPC)に対し、「診断群別係数」を設定。これらの診断群に含まれない患者は従来通り出来高算定とする。
- ・ 入院後24時間以内に死亡した患者、治験の対象患者、臓器移植患者の一部、高度先進医療の対象患者、急性期以外の特定入院料の算定対象患者は、除外する。
- ・ 診断群ごとに、入院日数に応じて3段階の一日定額料金を設定する。すなわち、入院日数が短い段階では定額料金を高くし、入院日数が長引くにつ

れて定額料金を低くする(図2)。入院日数が一定期間を超えた場合には、その後の支払いは出来高算定による行われる。

- ・ 医療機関の機能および前年度の診療報酬の水準を考慮し、「医療機関別係数」を設定する。即ち、同じ病態の患者であっても、定額料金は医療機関ごとに異なる。
- ・ 包括の範囲は、入院基本料、検査(内視鏡検査などは除く)、画像診断、投薬、注射、処置の一部(1000点未満)など。但し、手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料は出来高とする。
- ・ 包括範囲に含まれず出来高算定するのは、手術、麻酔、処置の一部(1000点以上)、心臓カテーテル法による検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取、

指導管理料，リハビリテーション，精神科専門療法など。手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料も出来高とする。

例えば，医療機関別係数が 1.0507 と設定された医療機関において，胃の悪性腫瘍で開腹胃全摘術を実施し，副傷病がなく，IVH・化学療法・放射線治療を実施しなかった患者が，平均的な入院日数(25 日)で退院した場合の支払額は，図3のように算出される。

■包括評価導入の影響

初年度の支払い額は，前年度実績に基づいて設定されているため，理論的には，前年通りの診療を行っていればそれに見合った収入が保証されることになる。したがって，導入とともに診療のプロセスが急激に変化するとは考えられない。

包括評価導入の長期的な影響を議論するには時期尚早であるが，以下のような影響が予想される。

A. 在院日数の短縮

今回導入された包括評価は，一入院定額料金ではなく一日定額料金が設定された。しかし，同じ診断群であっても在院日数が短い患者では一日定額料金が高く，在院日数が長い患者には一日定額料金が下げられることから，在院日数短縮のインセンティブが働いている。例えば，待機手術患者における術前入院期間の短縮などが予想される。

B. 包括化された検査・薬剤等の外来での実施

待機手術における術前検査などは，外来において実施することとなる，また，短期入院で高額な化学療法を実施する場合など，採算割れとなる料金設定がなされている治療については，可能な限り，外来において

実施するようになるものと考えられる。

C. 後発品の採用

薬剤については，安価な後発品の利用が検討される。特に，造影剤等の高額な検査用薬剤については，後発品が採用される可能性が高い。

D. クリニカルパスの導入

医療の質を確保しつつ，在院日数を短縮し，効率的な医療を提供するために，標準的な医療・看護手順を定めたクリニカルパスの導入が進むものと思われる。これに伴い臨床的意義ならびにコストの観点から診療内容が見直され，効果の不確かな薬剤の使用が減少したり，必要性の低い検査が実施されなくなるなどの効果が考えられる。

■おわりに

包括評価の導入により，医療機関が医療効率のみを追求することとなれば，包括化された医療技術は切り捨てられ，その結果として患者に不利益がもたらされることとなる。こうした事態を避けるためには，高額な検査であっても臨床的価値が高ければ医療機関が躊躇なく実施できるような適切な償還額の設定がなされるように当局に働きかける必要がある。

その第一歩として，日本臨床検査医学会等の専門学会が中心となり，各疾患・病態に対応した検体検査の臨床的意義(臨床的エビデンス)並びに費用対効果(経済的エビデンス)に関する情報を整理し，必要性の高い検体検査が確実に実施されるような医療環境を整備することが重要な課題と考えられる。

(平成 15 年 7 月脱稿)