

特定機能病院に対する 一日定額制の導入について

池田 俊也、池上 直己

■はじめに

わが国の医療保険制度において、病院や医師に対して支払われる診療報酬は、これまで出来高払いを基本としていた。出来高払いのもとでは、患者のニーズに応じた質の高い医療を提供することが可能であるとのメリットがある。しかし、出来高払いの弊害として、検査、投薬等の量的拡大の誘因が働きやすく、医療費のコントロールが困難であることが指摘されている。そこで諸外国では、医療費適正化の観点から、出来高払いにかわる支払い方式として、包括払い、人頭払い、総額予算制などが採用されてきている。

包括払いにはさまざまな方式があるが、一回の入院について包括的な料金を定める「一入院定額制」として、米国の DRG/PPS(Diagnosis related group/prospective payment system、診断群別包括支払い方式)がよく知られている。DRG/PPS は、米国のメディケア(高齢者・障害者に対する公的保険)における病院に対する支払い方式に対して 1983 年に導入された。DRG/PPS のもとでは、病院は患者を早く退院させないと赤字になってしまうことから、在院日数が顕著に短縮した。たとえば、心臓バイパス手術(PTCA やカテーテルを同時に

実施しない場合)の平均在院日数は、現在は 7 日にまで短縮している。

わが国でも、入院医療における包括払いが徐々に拡大してきている。平成 9 年 8 月に当時の厚生省より発表された医療制度改革案「21 世紀の医療保険制度(厚生省案)－医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向－」では、慢性疾患の場合には定額払いを原則としているほか、急性疾患の場合にも医療内容が定型的な疾患の場合には、入院当初から疾患ごとに定める一定期間までを 1 件当たり定額払いとすることと記されている。また、平成 14 年 12 月に厚生労働省より公表された「診療報酬体系の見直し」の試案では、急性期入院医療については、疾病の特性や重症度を反映した診断群分類による包括評価を、慢性期入院医療については、病態、日常生活動作能力(ADL)、看護の必要度などに応じた包括評価を推進することとしている(図1)。

こうした方針に基づき、2003 年 4 月から、大学病院本院および国立がんセンター、国立循環器病センターの 82 病院に対して、入院医療の包括評価(一日定額制)が導入されることとなった。

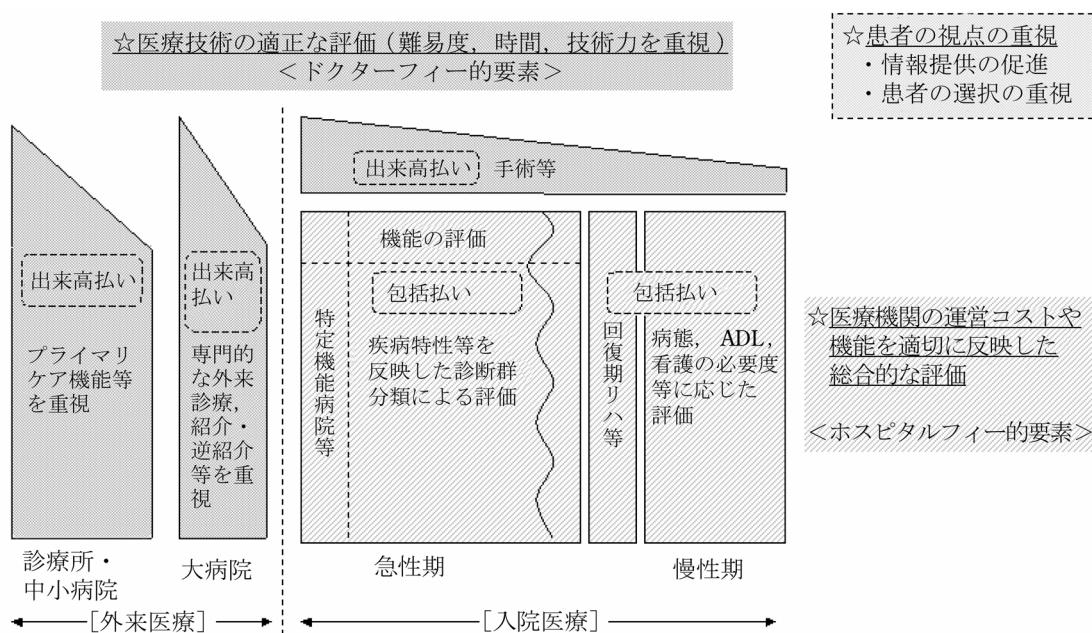


図1 「診療報酬体系の見直し」(平成 14 年 12 月 17 日、厚生労働省試案より)

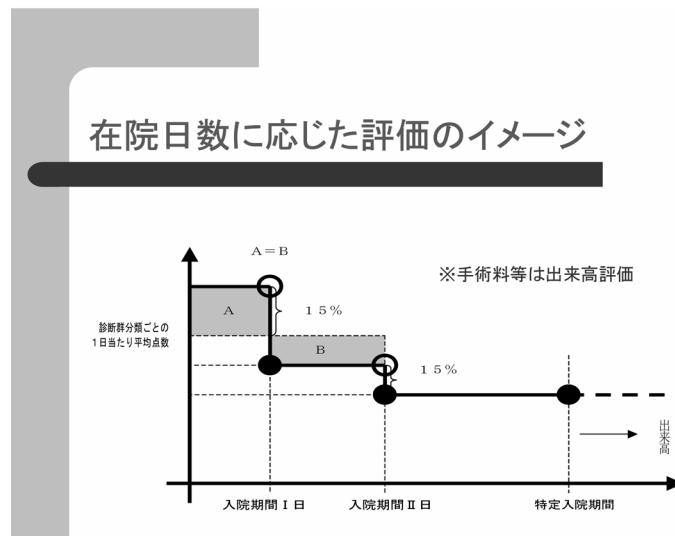


図2 在院日数に応じた評価のイメージ(平成15年3月、厚生労働省資料より)

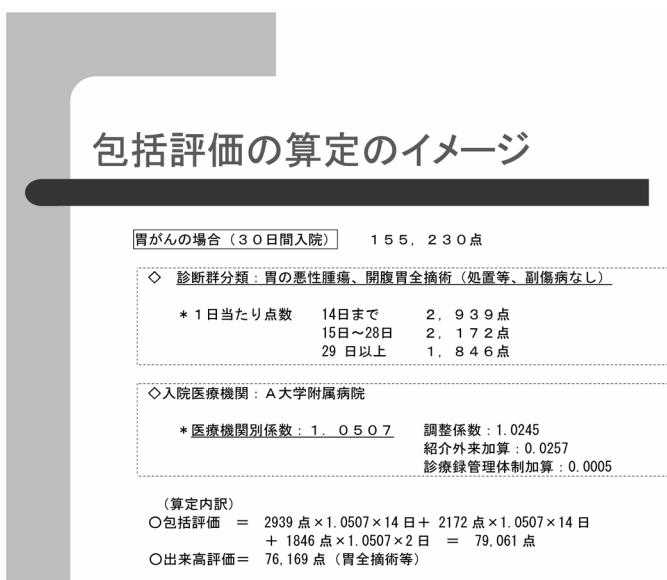


図3 包括評価の算定のイメージ(平成15年3月、厚生労働省資料より)

■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ものは、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つた患者が、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ところから、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、短期入院で高額の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)