

## 医政メモQ&A

### DRG/PPSの問題点とDRG、クリティカル・パスの有用性について

厚生省は毎年1兆円超増加する医療費を抑制すべく、'80年代より低医療費政策を続けてきた。とくに近年少子高齢化と低経済成長の中で、国家財政に対する危機感が一層強まり、昨年の財政構造改革法案では社会保障とくに医療費がターゲットにされ数値目標が設定された。

このような状況下で適正かつ効率的な医療との名のもとに医療費削減政策の一環としてDRG/PPSという支払い方式が浮上してきた。

#### Q 1 : DRGとは

A : DRG (Diagnosis Related Groups) とは患者にかかるマンパワー、医薬品、医療材料、入院日数、コストなどのデータを一定の疾患ごとに共通性、同質性という観点から分析・分類した疾病群のことである。例えば米国のDRG分類では国際分類で10,000以上ある病名を臓器別に大きな25の主要疾患に分類し、その医療資源の必要度から統計上意味のある500程度の病名グループに整理・分類されている。

外科系と内科系に大別され、診療に及ぼす要素たとえば手術、処置、年齢、合併症(入院前)、併発症(入院後)、追加診断などが加味されている。

本来DRGの手法は一般産業界の品質統制研究から生まれた成果物であるが、それを医療界に応用し従来の医師、コ・メディカル、事務など部門別管理手法からそれを商品別(疾患別)に管理しようとするものである。

#### Q 2 : PPSとは

A : PPS (Prospective Payment System) と

は予め定められた定額を支払う予定額包括支払い方式のことである。

#### Q 3 : DRG/PPSとは

A : 疾病分類であるDRGを支払い方式であるPPSに応用したのがDRG/PPSで、疾病(診断)群別定額(包括)支払い方式といわれる。

すなわちDRGという疾病分類にもとづき、その疾患に対して予め決められた一定額を支払う方式といえよう。DRGにより医療費の資源配分を考える資源管理が可能となりまた疾患別費用計算が行えるようになったため、疾患別管理会計という新しい概念が生まれたのである。

DRGをPPSとして支払い方式に活用するかどうかは政策的に決定すべきことであり、あくまでも包括払い方式の一形態である。

#### Q 4 : その発展と経緯は

A : DRGの研究は1968年に米国のエール大学で病院の活動を改善するための測定・評価方法として始められた。その後1983年に米国連邦政府が医療費適正化政策としてDRG/PPSをメディケア(65歳以上の高齢者および身体障害者の公的保険)のパートA(強制的病院保険)の入院医療に採用してから一躍脚光を浴びるようになった。

次いで1988年ニューヨーク州がメディケイド(生活保護者等の公的保険)へ適応したのをきっかけに、米国の多くの州やHMO (Health Maintenance Organization) など民間の保険会社も採用するようになり一般患者や外来患者に対しても患者分類に基づく支払い方式として採用する州が多数出現し

てきた。

さらにDRGは米国のみならず欧州各国を始めオーストラリア、アジア諸国などでも支払い方式や医療の質の評価指標として採用されるようになり世界的な潮流になっている。日本では近々8国立病院と2社会保険病院計10病院で独自の基準を基に日本型DRGが試行される予定である。

**Q5：どのように支払い金額が決定されるのか**

**A：**DRG価格表が基準となる。これはベースレート（診療報酬単価）と相対係数を乗じることにより単純に計算、作成される。

ベースレートとは平均的患者を治療するために要する平均コストのことであるがコストをいくらに設定するかは医療費の総枠と深く関連するので種々の要因を勘案して決められる。

相対係数とは各DRG番号の平均費用と症例数、全DRG番号の費用の合計金額と総症例数の関係から個々のDRG項目の医療資源の相対的必要度のことで、標準が1の単位をもち各診療機関によって変わらず一定の数値である。

しかし実際の支払い額はDRGの価格表に一定の調整係数や異常値が加わる。調整係数としては地域物価指数、大都市地域付加係数、医学教育費用調整係数、過疎地域割り増し係数などがある。異常値としては入院期間の極端な長短、著しいコストの高低差などがある。

米国の場合、支払い額には医師、助産婦、心理療法士など一部の直接サービスを除く入院患者の診断・治療に要するすべての運営コストがカバーされている。すなわち看護料のみならず各コ・メディカルによる実施料・技術料・医薬品、X線フィルム、検査、診療・手術の材料などの費用もすべて含まれる。建物の減価償却費、設備、支払い利息、租税公課、保険料などのキャピタルコスト（資本関連費用）も調整係数を用

いて付加され支払われる。

まとめると以下のような支払い内容となる。

ベースレート×DRG相対係数×地域調整係数×（1+大都市付加係数+資本関連・医学教育費調整係数）×（各種の）特別加算×特別調整係数（小児病院・異常値調整など）

医師の技術料はこの中には含まれず、別の医師診療報酬表に基づいて支払われる。

（1989年のDRG法改正でドクターフィーにも適用されるようになったようだ。）

DRG/PPSはあくまでも見込み額であり前払いではない。前述のように合併症、併発症など診療におよぼす重症度も加味されるため退院時でない限り支払い額が決まらず、支払いは退院時請求となる。

**Q6：DRG/PPSの導入で何がかわるか**

**A：**米国が1983年にメディケア（パートA）に導入したことにより①医療費の伸び率の減少②平均在院日数の短縮③病院数・ベッド数の減少と病床利用率の低下④在宅・外来医療の増加などの影響が生じた。

標準的な治療として入院期間や診療報酬が決められるため、漫然診療や管理能力の欠如による入院期間の延長に対しては全く補償されない。出来高で行ってきた経営方針では対処できず導入当初は経営難から病院の倒産や統廃合が続出した。医学的、経済的治療水準が明確になり、病院の経営管理は多くの患者を集める市場経済主義的発想から、いかに質を確保し安価で適正な医療を行うかというコスト管理主義に移行した。

そこで脚光を浴びたのが後述のクリティカル・パス（CP）である。DRG/PPSの導入によりCPは医療の質を確保しながら入院日数の短縮に対応できる有効な手段として急速に普及した。病院にとっては定められ

た入院日数のなかで質を落とさず最も効率的な患者ケアを行うことが、経営上最大の課題となったからである。現在全米の半数以上の病院が導入したといわれる。

米国にとってDRG/PPSの導入は病院のマネジメントに衝撃的な影響を与えたが、さらに民間保険で主流となったマネージド・ケア・プランの導入後、CPはケース・マネジメント（症例管理）による経営手法として重要な役割を占めることになったのである。

**Q 7：クリティカル・パスとは**

**A：**クリティカル・パス（CP=Critical Paths）はもともと米国の石油業界で使用されていたマネジメント・ツールである。現在でも多数の請負人が一つの作業を一定の工期内に行わなければならない建設業界など共同企業体でよく用いられている。

この手法を医療業界に最初に取り入れたのは米国ニューイングランド・メディカルセンターの看護婦カレン・ザンダー（Karen Zander）でケア・マップ（Care Maps）として商標登録した。クリニカル・パス（Clinical Paths or Pathways）ともいう。

CPは医師、看護婦、コ・メディカルなどが、患者の決められた入院期間（日数）のなかで医療の質を落とさず組織的・効率的にアウトカム（治療結果）を得るために治療計画を立てて一覧表化した総合治療計画である。

計画表は横軸に時間軸（時間・日数）を縦軸に診療、処置、看護、検査などケア介入（職種）をとり、縦軸右側に各ケアごとの到達目標が示される。

本来は組織的に効率的な医療を行うことを目的にした手法であるが、次のような利点も指摘されている。①医療チームを組むことにより各職種間での相互理解や一体感が生まれる。②疾患別に標準的な治療計画を組織的、総合的に立てるので医療従事者の新人教育のツールとしても利用できる。

③患者パス（Patient Paths）として活用すれば有用なインフォームド・コンセントになり得る。

CPの導入は経営効率のみが目的とされるべきではなく、患者中心の質の高いケアの提供の手段として使われるならば現状の日本の医療現場でも大変役に立つ手法であろう。

日本でもすでに10を超える病院が導入しており、クリティカルパス研究会も発足している。与党協も「診療計画」との表現でCPの導入を打ち出している。

**Q 8：DRGの長所は**

**A：**DRGの最も大きな長所は診療行為の基準・標準が原価計算に基づきリーズナブルに客観性をもって評価出来ることであろう。

スタンダードが出来ることにより病院機能評価への応用や、審査・監査・指導などがより客観的になる。不採算医療の指標ともなり、国・公立病院の補助金の妥当性を検討する尺度や、日本の現在の低点数部分の是正の有力な根拠にもなり得る。診断名、手術、処置名などの記載が正確化し、またアウトカムの評価をみるスケールにもなるであろう。したがってDRGはCP、EBM（Evidence-based Medicine）とともに医療の効率化、質の向上に有効であろう。また他国との医療サービスの比較をする上でのグローバルスタンダード（国際標準）としても有用な手法と考えられる。

**Q 9：出来高払い、包括払い方式の利点と欠点は**

**A：**支払い方式には出来高払い、包括払い、総額請負、登録人頭払い、総枠予算制などがある。そこでわが国が基本としている出来高払い方式の観点からその利点と欠点を考え整理してみたい。

包括払い方式ではその利点と欠点が逆になる。

**1. 利点**

- 1) 新医療技術が取り入れやすく、医学・医術の進歩・発展につながる。
- 2) 患者の病状に応じて医師の自由裁量で治療が行いやすい。(過少診療になりにくい)
- 3) 患者のニーズに合った医療の提供がしやすい。
- 4) 支払い方式が他の流通経済慣習と同じなので、支払い上患者の理解が得られやすい。

## 2. 欠点

- 1) 医師にコスト意識が働き難く医療費が青天井になりやすい。
- 2) 過剰診療・不正請求につながりやすい。
- 3) 診療報酬点数が複雑となり、レセプト請求事務が煩雑となる。
- 4) 長期入院・漫然診療になりやすい。

以上の利点、欠点をいかに調整しリーズナブルな支払い方式が確立できるのか試行錯誤が続いている。

## Q10：日本でのDRG/PPSの導入は

A：DRG自体は単に診断名に着目したグルーピングであり「イコール包括払い」ではない。しかしDRG/PPS(診断群別包括払い方式)として短絡的に医療費の削減を目的に採用することは、問題が多く非常に危険である。

政策上、経済的理由からどんどん入院期間の短縮がエスカレートし、患者がより重篤な状態で退院させられることが、日本では医学的・社会的に受け入れられるのか。米国では急性期型病院の在院日数の短さから継続した医療ができず、在宅やナーシングホームへの橋渡しとして亜急性期型病院が設立されるようになってきている。

ベースレート、相対係数を自由にコントロールできるので経済至上主義的発想からみると都合が良いが、効率化を追求するあ

まり良質な医療はひたすら医師の良心・倫理に依存する傾向が大きくなる。

医師の裁量権が失墜し、マネジド・ケア(管理型医療)になることが本当に患者のための医療と言えるのであろうか。

米国のマネジド・ケアでは意志決定、情報などがコントロールされ、医師ら専門職の意見はほとんど無視される。現在、各州議会ではHMOのコスト削減策から患者を守るための法律を整備しつつあるという。

日本でDRG/PPSを導入するには、以下の問題点と課題がある。

- ①国際疾病分類(ICD)が活用されていない。
- ②診療行為に対する原価計算が行われていない。
- ③急性期・亜急性期・慢性期の定義と、それぞれの治療標準が検討されていない。
- ④在宅医療ならびに介護に対する具体的なシステムが確立されていない。
- ⑤医療を含めた社会保障の内容や将来構想が国民に周知されていない。

わが国でのDRG/PPS導入は以上の課題をクリアした上でさらに日本の医療の歴史的、社会的、文化的背景をも勘案し、長期間にわたる慎重かつ十分な検討が必要である。

日本医師会は米国の突出して高い医療費是正のためのDRG/PPS導入を、国民皆保険が機能し国際的にも決して高くない日本の医療費政策として導入することには反対している。(医政部担当理事 安井 隆弘)

## 参考資料

- 1) 川渕孝一：DRG/PPSの全貌と問題点，  
業業時報社，1997。
- 2) 武藤正樹：「JAMIC JOURNAL」  
・Vol. 17, No.8. 58p, 1997.  
・Vol. 18, No.2. 64p, 1998.
- 3) 徳田禎久：全日病疾病別医療行為検討委員会委員長私信