

医政メモQ&A

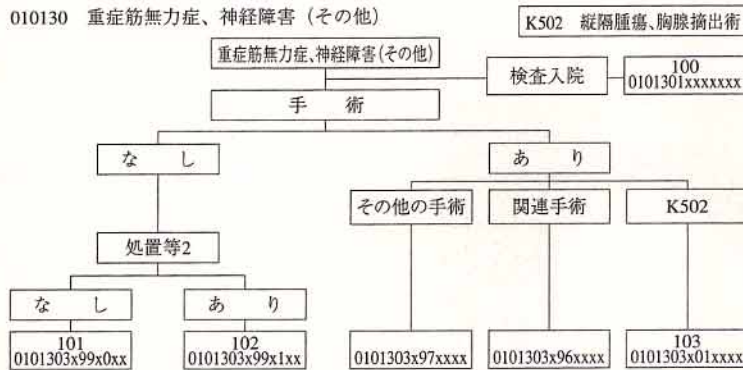
特定機能病院等の入院医療の包括評価について

厚労省は、平成13年11月に中医協の診療報酬基本問題小委員会に、特定機能病院等の入院医療を診断群分類に基づいた定額払い制とすることを提案し、了承された。その後の調査準備期間を経て、平成15年4月から施行されたが本制度の民間病院への導入をめぐる1月末の中医協の話し合いが一時決裂したことはご承知の通りである。その後、今回の改定で若干の変更も加えられたため概要を述べてみたい。

Q：制度の概要は

図1

【ツリー図】



A：包括評価は、診断群分類（DPC）に基づいて患者一人、一日当たりの支払い額を決めたもので、定額払いと出来高で算定する部分が混在している。診療報酬の算定のためには、個々の患者の傷病の中から「最も医療資源を投入した傷病」を決めなくてはならない。すなわち、診療行為（手術、処置等）、合併症の有無等によって診断群分類ツリーや定義テーブル（図1）を参考に診断群分類を決定する必要がある。従って病院システムのネットワーク化や診断群分類が準拠している

【定義テーブル】

MDC	傷病名(医療資源を最も投入した傷病名)				手術(樹形図参照)				処置等1		処置等2		副傷病		重症度等				
	コード	傷病名	ICD名称	ICDコード	年齢、出生時体重又はJCS	診断群分類番号対応コード	樹形図表記	手術フラグ	診断群分類番号対応コード	点数表名称	Kコード	処置等名称	K・Jコード	処置等名称	K・Jコード	ICD名称	ICDコード	重症度等	診断群分類番号対応コード
01	0130	重症筋無力症、神経障害(その他)	重症筋無力症およびその他の神経筋障害	G70\$			手術なし	99	99	手術なし		胃癌造設術 K664 (経皮的内視鏡下胃癌造設術を含む。)	K664	化学療法		肺炎	J18\$		
			他に分類される疾患における神経筋接合部および筋の障害、イートン・ランバート症候群	G731			その他の手術あり	97	97	その他のKコード		気管切開術 K366	K366	放射線治療		呼吸不全	J96\$		
							関連手術あり	02	96	内視鏡的消化管止血術	K054		血漿交換療法	J039		嚥下障害	R13		
								04	96	縦隔腔性腫瘍手術	K504		人工呼吸	J045\$		気管支および肺の悪性腫瘍	C34\$		
								05	96	肺悪性腫瘍手術	K514\$		リハビリテーション						
								06	96	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	K514-2								
								縦隔腫瘍、胸腺摘出術	01	01	縦隔腫瘍、胸腺摘出術	K502							

ICD-10コーディングも不可欠となる。

Q：対象病院は

A：これまで、大学病院、国立がんセンター、国立循環器病センター等の82病院で実施された。今回の改定では、今後さらに2年間、調査協力医療機関であった92病院のうち、データの質と量が確保されていて施行を希望する医療機関にも拡大される。

Q：対象患者は

A：一般病棟の入院患者であって、傷病名等が診断群分類に該当するものとされているが以下の者は除かれる。

1. 入院後24時間以内の死亡患者
2. 生後7日以内の新生児の死亡（今回改定）
3. 治験の対象患者
4. 臓器移植患者
5. 高度先進医療の対象患者
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料等の算定対象患者
7. その他厚生労働大臣が定める者

Q：診療報酬の算定方法は

A：診断群分類によって包括評価と出来高評価の合計額となる。

1. 包括評価は（ホスピタルフィー的要素）

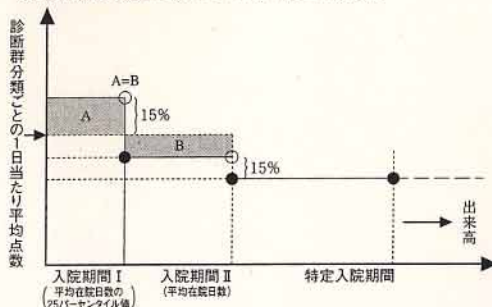
診断群分類毎の1日あたり点数×医療機関別係数×入院日数×10円となる。1日あたり点数は、入院日数に応じて3段階の点数設定となっている。すなわち、診断群分類毎の入院日数の25パーセント値まで平均点数に15%加算し、平均在院日数の短縮にインセンティブを設けているともいえよう（図2参照）。なお、今回改定で、癌化学療法のための短期入院患者等の点数配分には若干の変更が加えられている。

また、入院期間が診断群分類毎の特定入院期間（平均在院日数から標準偏差の2倍）を超える著しく長い入院の場合は、超えた日以降は出来高により算定することとなっている。

2. 出来高評価の部分は（ドクターフィー的要素）

図2

○診断群分類別に決められた1日当たり点数



入院基本料加算（入院時医学管理加算を除く）、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、1000点以上の処置に加え、選択的動脈造影カテーテル手技、病理診断、病理学的検査診断が出来高評価の対象となる。

Q：医療機関別係数とは

A：医療機関毎に異なる入院基本料加算を係数化したものと包括評価による医療費が、診断群分類等の調査期間であった平成14年7月～10月の各医療機関の医療費実績に等しくなるように導入した医療機関別調整係数を合算したもの。今回の改定では、10種の加算について増減の調整が加えられるとともに臨床研修病院入院診療加算0.0006が新設された。

Q：診断群分類とは

A：厚生省が、平成14年7月～10月の特定機能病院の退院患者26万7千人分の診療録と診療報酬明細書のデータを分析して作成した、いわゆるDPC（Diagnosis Procedure Combination）といわれるものでありICD-10に基づいて分類され14桁の番号として記載されている。DPCは、16主要診断群（Major Diagnostic Category；MDC）に大別され、さらに「傷病名」、「診断行為（手術、処置等）」、「副傷病の有無」、「重症度等」の要素により分類されており、591疾患グループ、1727診断群分類を包括評価の対象としている。この分類に該当しない場合は包括評価の対象とならない。図3に診断群分類構築の基本的考えを示す。

図3

診断群分類構築の基本的考え方

○分類の論理的構造



臨床現場における診療の思考過程

- ①傷病名：医療資源を最も投入した傷病名
- ②手術、処置等の選択
- ③重症度や副傷病により追加的な医療行為を実施

☆但し、内科系等においては

- ①検査のための入院
- ②教育のための入院

を考慮した分類もある

Q：DRG/PPSとの違いは

A：DRG/PPSは、ICD-9による分類でDPCはICD-10に基づく分類となっている。DRG/PPSは、診断群内の医療資源消費の類似性を注目しているが、DPCは臨床的な観点から分類を作成したあと、在院日数や医療費のばらつきを検討しており、ばらつきの大きい診断群は不採用となっている。また、DRG/PPSは、全て包括で一入院毎の支払いだが、DPCによる包括は、1日当たりの定額で出来高の部分があり1月毎の請求となる。さらに、在院日数による通減制、病院ごとの係数もDRG/PPSにはない。

Q：DPCによる包括制度の意義と評価

A：定額制による過少診療や医療費抑制効果も考えられるが、医療の質の標準化を期待す

る声もある。実際、導入された医療機関ではクリニカル・パスの重要性が注目されている。また、医療機関、医療チーム間の医療行為の質と効率（コスト）の比較検討の可能性も考えられている。

昨年10月の日本病院学会総会では、札幌医大の例が報告され、包括評価により在院日数の短縮や病床利用率の低下等が認められ「より適正な医療に収斂する」として、包括に伴う粗診粗療の懸念を否定している。しかし、患者の利益という面では不明な点が多く十分な検証とはいえない。本年2月厚労省の発表ではDPC導入施設の入院医療費は半年で2.4%増加しており、正確な評価には今後のさらに詳細な分析が必要である。

(政策部担当理事 西里卓次)

