

臨床医のために

特定機能病院等における包括評価について

木山 輝郎¹ 田尻 孝¹ 吉行 俊郎¹
 谷合 信彦¹ 内田 英二¹ 徳永 昭²

¹ 日本医科大学大学院医学研究科臓器病態制御外科学

² 日本医科大学附属第二病院消化器病センター

Implementation of the Diagnosis Procedure Combination in Specific-Function Hospitals

Teruo Kiyama¹, Takashi Tajiri¹, Toshiro Yoshiyuki¹,
 Nobuhiko Taniai¹, Eiji Uchida¹ and Akira Tokunaga²

¹Surgery for Organ Function and Biological Regulation, Nippon Medical School, Graduate School of Medicine

²Gastrointestinal Diseases Center, Second Hospital of Nippon Medical School

Abstract

A Nobel medical payment system, the Diagnosis Procedure Combination (DPC), was implemented in Nippon Medical School Hospital and 81 other specific-function hospitals in 2003. This payment system depends on the length of hospital stay and diagnosis and medical procedures, and differs from the existing payment system, which depends on a piece rate. The daily payment differs for among almost 2,500 groups of DPC defined by the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) and procedures, such as operations (K and J codes of the existing payment system). One of the most important outcomes may be a decrease in lengths of hospital stay, because the range of mean lengths of stay in specific-function hospitals has been officially stated to be 14 to 30 days, and the difference between the longest and shortest mean is almost double. The new medical payment system should stimulate competition among hospitals. In order to decrease the length of stay, we developed clinical pathways for patients undergoing surgery, such as laparoscopic cholecystectomy, gastrectomy, and inguinal hernia operations, as well as clinical protocols for the surgical procedures, such as percutaneous transhepatic cholangiodrainage (PTCD) and percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Health care is undergoing a challenging transition, and we must improve patient care and clinical practice.

(J Nippon Med Sch 2004; 71: 217-220)

Key words: comprehensive medical insurance system, Diagnosis Procedure Combination (DPC), International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), standardization of clinical practice

はじめに

平成 15 年 5 月から急性期疾患入院患者に包括評価

による医療費の算定が本学附属病院で実施された。それに先立って、3 月には新しい診療報酬制度に対する説明会が厚生労働省の担当者を招いて行った¹。院内の各診療科、看護部に対しても医事課を中心に広報活

Correspondence to Teruo Kiyama, Surgery for Organ Function and Biological Regulation, Nippon Medical School, Graduate School of Medicine, 1-1-5 Sendagi, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8603, Japan

E-mail: kiyama@nms.ac.jp

Journal Website (<http://www.nms.ac.jp/jnms/>)



図1 診断群分類数のまとめ

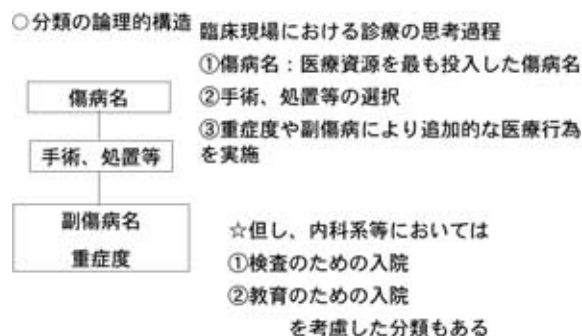


図2 診断群分類構築の基本的考え方

動が行われている。そこで、包括評価導入について当科での取り組みと併せて報告する。

1. 診断群分類 (Diagnosis Related Groups: DRG) による医療内容の評価とは

病院経営指標には①病床数、②100床当たり医業収益、③1日平均外来患者数、④病床利用率などがある。これらの指標の欠点は病院の機能や効率性が比較できないことであった。また、医師の間で診断基準に違いがあり、疾患名の標準化は困難とされてきた。

1969年エール大学の研究グループが病院を評価するための基礎となる診断群分類DRGを作製した。DRGごとに①マンパワー、②薬剤、③医療材料、④入院日数、⑤コストなどのデータを多くの病院から集め、各々の病院の改善点を明確にする。すなわち、DRGは病院運営の無駄を省いて、生産性を上げるためのマネジメント手法であった。したがって、DRGを導入すると平均入院日数や医療費用が病院間で比較できるようになり、医療界で競争原理が働くようになる。すなわち、わが国においても診断群分類により、特定機能病院間での「他流試合」が始まること示唆される²。

2. わが国におけるDRGの導入：わが国独自の診断群分類(第3版) Diagnosis Procedure Combination: DPCが決まるまで

わが国独自のDRGは平成10年に183分類で検討が始められ、平成13年には532分類に拡大された。平成15年4月から特定機能病院を対象に急性期疾患入院患者に包括払い制度が導入される¹ことが決定された。平成14年7月から10月まで特定機能病院における入院患者の検討が国際疾病分類ICD-10および診療報酬をもとに行われた。23万人の患者を対象として約2,500の診断群分類DPCが決定された。しかし、1

診断群分類あたりの患者数は平均100人に満たず、包括評価の対象は1,860分類となった(図1)。したがって、DPCの臨床的な妥当性の検証はこれから行われる予定である(平成15年7月~10月)。

3. 診断群分類(第3版)DPCによる包括評価とは

診断群分類とは「国際疾病分類ICD-10で約14,000ある病名コードを医療資源の必要度から、統計上意味のあるグループに整理した分類」である¹。わが国の診断群分類は基本的に「傷病名 手術の有無 処置等 副傷病名 重傷度等」で決まる(図2)。傷病名はICD-10により定義されるので、臨床病名や保険病名から診断群分類を決定できない。樹形図と呼ばれる分類基準に照らし合わせてDPCを決め、傷病名はICD-10で定義されたものから選択する。次に、診療行為等のうち「手術」「処置等」の一部は医科点数表の区分(Jコード、Kコード)により定義されている。「副傷病あり」を条件にしているDPCはDPCごとに副傷病が定義されている。その中の副傷病の一つでも合併していれば「副傷病あり」のDPCとなる。一方、医学的に副傷病があっても、定義されていなければ副傷病なしのDPCとなる。

診療報酬点数は、1日あたりの診療報酬点数に入院日数を掛けた包括評価と出来高部分との合計になる。すなわち、入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、1,000点未満の処置が包括評価の対象であり、実施した種類や回数によらず報酬は1日あたり定額である。一方、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、処置(1,000点以上のもの)などは従来の医科点数表による出来高評価である。これらは従来から特定医療材料を除く材料費や人件費を含まない「処置別、医療行為別の包括請求」と考えられる³。

DPCごとの1日あたりの点数は入院日数に応じて3段階で設定された。DPCごとの入院日数の25パー

センタイル値（入院期間Ⅰ）までは、平均点数に15%加算がつく。入院期間Ⅰから平均入院日数（入院期間Ⅱ）までは、平均点数となる。入院期間Ⅱを超えて長期間（平均入院日数+標準偏差の2倍：特定入院期間）

胃がんの場合 (30日間入院) 145, 168点	
○診断群分類: 652; 胃の悪性腫瘍、幽門側胃切除(処置等、副傷病なし)	
*1日あたり点数	14日まで 2, 876点
	15日~27日 2, 126点
	28日以上 1, 807点
◇入院医療機関: 日本医科大学付属病院	
*医療機関別係数: 1.0970	
(算定内訳)	
○包括評価 = (2,887点 × 14日 + 2,126点 × 13日 + 1,807点 × 3日) × 1.0970 = 80,435点	
○出来高評価 = 64,733点 (幽門側胃切除等)	

図3 包括評価の算定イメージ

まで入院している場合、点数は85%となる。特定入院期間以後の診療報酬は従来と同じ入院料や注射、検査などの出来高評価になる(図3)。

包括評価には平成14年の出来高払いよりも減少しないように調整された医療機関別係数が設けられた。本学付属病院では1.097である。実際に、胃切除患者87例で試算を行ったところ、合併症を起こした症例を除くとほぼ従来どおりの診療報酬となった(表1)。

4. まず、入院期間が短縮される

マスコミでは平成14年調査による平均入院日数を発表し、最短16日から最長の30日まで2倍の開きがあることを指摘した。診療報酬は1日あたりの定額払い方式では入院期間が短くならないという批判もあるが、平均入院日数が公表されることにより、入院日数は減少する⁴。その結果、包括部分の診療報酬は平均

表1 胃切除クリニカルパスと合併症における包括評価の試算

	クリニカルパス	対照	合併症
n	44	32	11
在院日数	29.8	40.8*	69.9*
請求点数	145,290	164,568*	341,775*
DPC点数	144,414	166,680*	315,651*
差額	- 875	2,112	- 26,374*
処置1	1	1	1
処置2	0	2	7
副傷病	6	6	11
期間Ⅱ未満	34	15	2
期間Ⅱ以上	10	16	6
特定入院期間以上	0	1	3

*p < 0.05, vs クリニカルパス

クリニカルパス: 入院期間が短く、1日あたりの費用が高くなる

担当医による治療を行った群(対照): ほぼ従来どおりの評価

胃切除後に合併症をおこした群: ①出来高評価に比べ、算定出来る費用が少ない。②入院期間が長い

表2 米国におけるDRGのメリットとデメリット(文献8より)

メリット	デメリット
1. 医療費の効率化	1. 粗診・粗療となり、医療の質が低下
2. 医師のコスト意識を喚起	2. 早期退院が推奨され、満足度が低下
3. 過剰診療の防止	3. 個々の患者への対応が不十分
4. 医療費の削減が可能	4. 再入院の増加
5. 入院日数が減少	5. 患者中心から病院中心になる
6. 治療が標準化され、医療の質が向上	6. 地域特性が考慮されない
7. 医療が入院から外来へシフト	7. 医療へのアクセスが制限
8. 病床数の減少	8. 医療事務が複雑化
9. 総医療費の伸び率が鈍化	9. 勤務医師の労働強化
	10. 医師の自由裁量権が制限

入院期間の減少と共に少なくなることが予測される。クリニカルパスにより入院日数が減少した場合と比較すると、入院日数は40日から30日に25%減少するが、診療報酬は16万点から14万点と12%の減少に留まった(表1)。したがって、入院期間が減少しても、病床を有効利用できれば、医療収入が減少することはないことが示唆された⁵。

5. 予測される保険診療上の変化

①peer-reviewによるDPCの決定

はじめに、出来高による診療報酬明細書を作製し、当月における診療行為を見直す。その後、入院期間中に(その月でなくても)最も医療資源を投入する必要のあった疾患を保険委員など第三者によるpeer-reviewの上検討する必要がある。診断ばかりでなく処置に基づいて決定されるDPCを病棟担当医だけで2,500分類から選択するのは困難だからである。もし、病棟担当医と共同作業が困難であれば、診療録(カルテ)を直接点検しなければDPCの妥当性を判断できない。第三者によるカルテをチェックする体制として佐賀大学医学部の診療記録センターでは、5名の診療録管理士がサイン漏れや記入不足を検査した上、教授や看護部からなる診療記録委員会で見直している。

②診療を標準化する

1990年代の米国では、医療資源の効率的な運用のために医療行為を時間経過に沿って決めた数千種類のクリニカルパス(パス)が開発された⁶。本学付属病院でも1998年からパスが導入された⁷。パスの導入には時間とコストを要するが、診療の標準化は不可欠であることから、患者数の多い疾患から順次試行、導入の予定である。また、PTCDや内視鏡的胃瘻造設(PEG)などの治療手技ごとに標準的な手順や医療材料、薬剤を明示したプロトコルを作成し、過剰な医療材料や薬剤の使用を防止している。

6. 今後の対応をどうすべきか

米国のDRG導入のデメリットは、1)コストを重視しすぎると粗診、粗療となり医療の質が低下する、2)早期退院が奨励され、患者や家族の満足度が低下することであった(表2)。このため、DPCが導入されても目先の入院日数などの統計結果に惑わされるこ

となく、「患者本位の医療」を目標に医療の質を向上させることが第1の目標となる。

私立大学病院は、本学を含め病院収入に大きく依存していることから、医療収入を維持する必要がある。平均入院日数が減少すると1人あたりの医療収入が減少することから病床利用率を維持することが第2の目標となる。一方、悪性疾患の化学療法などは入院治療から外来治療に移行してきており、外来治療の高度化が要求されている。病院の医療資源を外来診療に振り向けるなど、病院内でのマンパワーや施設の利用などを見直すことも必要であろう。

おわりに

今後、医療保険制度の改革がさらに進むことが予測される。本学付属病院が患者や紹介医から高い評価を得られるようにさらに患者サービスや医療技術を向上させることが必要である。

文 献

1. 厚生労働省保険局医療課：特定機能病院における包括評価説明会資料(平成15年3月)
2. 川淵孝一：いま何故DRGか～聖域なき構造改革が医療界につぎつけたもの。医療改革の工程表；DRG&ICDは急性期病院の常識。川淵孝一監修。2001；pp 2-24, 医学書院 東京
3. 出月康夫：特定機能病院におけるDRG/PPSの導入(1)。日外会誌 2003; 104: 312-319.
4. 松田晋哉：診断群分類とは何か(4)実務面及び研究面での今後の課題。日外会誌 2003; 104: 40-49.
5. 木山輝郎, 田尻 孝, 吉行俊郎, 水谷 崇, 奥田武志, 藤田逸郎, 増田剛太郎, 加藤俊二, 松倉則夫：胃切除クリニカルパスの費用分析。日消会誌 2003; 100: 555-561.
6. 久繁哲徳：疾病の経営管理に向けて Disease Management. 21世紀の病院経営 病院経営とリスクマネジメント, 井上通敏・森脇 要編。2003; pp 62-87, 南江堂 東京。
7. 木山輝郎, 田尻 孝, 吉行俊郎, 水谷 崇, 奥田武志, 藤田逸郎, 三橋恭子, 長谷川幸子, 伊勢雄也：胃切除患者におけるクリニカルパスの臨床的意義。J Nippon Med Sch 2003; 70: 263-269.
8. 出月康夫：特定機能病院におけるDRG/PPSの導入(2)。日外会誌 2003; 104: 362-371.

(受付：2003年7月18日)

(受理：2003年9月10日)