Japan Society of Obstetrics and Gynecology

卒後研修プログラム

4. 包括医療と保険制度

牧田総合病院
部長
秋山 敏夫

座長：東京都済生会中央病院医長
亀井 清

少子高齢化の進展や疾病構造の変化，医療技術の進歩等を踏まえ，診療報酬体系が見直された．①医療技術の適正な評価(ドクターフィー的要素)，②医療機関のコストや機能等を適切に反映した総合的な評価(ホスピタルフィー的要素)，③患者の視点の重視等の観点に立つことを基本的な方向としたものである．

これに基づき急性期入院医療については，平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施した．

1) 包括評価(Diagnosis Procedure Combination：DPC)

コスト管理，診療録管理を目的とする定額支払方式をさす．医療をドクターフィー的要素とホスピタルフィー的要素に分け，医療資源の効率的な使用を行う．「医療資源を最も投入した傷病名」を決めることで医療提供の実態を把握することを目的としている．

2) 制度の概要

全国の大学病院の本院，国立がんセンター，国立循環器病センター(82病院)を対象に平成15年4月より実施している．

DPCの対象者は一般病棟の入院患者であり，DPCの対象となった「診断群分類」に該当した者である．

3) DPCにおける診療報酬の額

診療報酬は包括評価部分＋出来高部分からなる．

包括評価の範囲はホスピタルフィー的要素とドクターフィー的要素からなる(表1)．

4) DPCの算定法

対象患者の診療報酬額は(a)(b)(c)を合算したもの

(a) 診断群分類による包括評価

医療資源を最も投入した傷病名に基づき，入院期間に応じ，診断群分類点数表に掲げる点数に医療機関別係数を乗じて得た点数により算定する

(b) 医科点数表により算定される診療報酬額(出来高)

(c) 入院時食事療養費

表2に示すように，包括の部分と出来高の部分よりなる．

①診断群ごとの1日当たり点数

Diagnosis Procedure Combination and Health Insurance System

Toshio Akiyama
Makita General Hospital Department of Obstetrics and Gynecology, Tokyo

Key words：Health insurace system · DPC

NII-Electronic Library Service

Japan Society of Obstetrics and Gynecology

（表1） ホスピタルフィー的要素とドクターフィー的要素（産婦人科関係）

ホスピタルフィー的要素
入院基本料，検査（内視鏡等の技術料を除く），画像診断，投薬，注射，1,000点未満の処置料，手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料以外の薬剤・材料料等

ドクターフィー的要素
手術料，麻酔料，1,000点以上の処置料，内視鏡検査（腹腔鏡検査，ヒステロスコピー，コルポスコピー，子宮ファイバースコピー等），診断穿刺・検体採取（ダグラス窩穿刺，内視鏡下生検，子宮腟部よりの検体採取等），指導管理料（DPCに包括されない救命救急入院料等：A301特定集中治療室管理料，A302新生児特定集中治療室管理料，A303総合周産期特定集中治療室管理料1, 2），リハビリテーション，精神科専門療法，心臓カテーテル法による検査，手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料

（表2） DPCの算定法

包括以前		見直し後（包括評価）
入院基本料 検査料 画像診断料 投薬料 注射料 処置料	➡	診断群分類ごとの1日当たり点数 ×医療機関別係数 ×入院日数
手術・麻酔料 指導管理料 放射線治療 1,000点以上の処置料 リハビリテーション料 精神科専門療法 内視鏡検査等	➡	従来通り出来高により算定 （出来高評価）
入院時食事療養費	➡	入院時食事療養費

診断群ごとの入院日数に応じて3段階で設定，在院日数の25パーセンタイル値まで平均点数に15%加算し，平均在院日数を超えた日から前月の点数の85%で算定，入院期間が著しく長期になる場合には出来高で算定する．

②医療機関別係数

現行の入院基本料等加算等を係数にしたもので，前年度の医療費の実績に基づく医療機関ごとの調整係数を合算したものである．

5）DPC導入に関する問題点

診断群分類は平成14年7月～10月の特定機能病院退院患者26.7万人に基づき，575の疾患グループ，2,552分類を整理し，1,860分類を適応とした．疾患はICD-10コードで記載

NII-Electronic Library Service

Japan Society of Obstetrics and Gynecology

（表3） 特定機能病院における入院医療に係わる包括評価導入に関する論点

1. 包括評価の基礎となる診断群分類
 ○包括評価の基礎となる診断群分類をどうするか.
 ○希少疾病や診断内容が患者により大きく異なる疾病（多発外傷等）の取扱いをどのように考えるか.
2. 包括評価の範囲
 ○包括評価の対象となる診療行為等の範囲についてどのように考えるか. 手術等の技術料や高額な薬剤・医療材料の取扱いについてどのように考えるか.
3. 包括評価の算定方法
 ○包括評価の具体的な算定方法についてどのように考えるか.
 ○入院日数に応じた評価の方法についてどのように考えるか.
 ○特定機能病院等の機能を適切に評価する観点から, 例えば以下の事項を医療機関別の評価に反映させてはどうか.
  重症患者の受入れ実績
  紹介患者の受入れ実績
  救急患者の受入れ実績
  医療従事者の指導実績
  新規技術の導入実績
  医療安全対策の実績
  地域医療との連携の実績
  その他
4. 診療報酬の請求方法
 ○診療報酬の請求方法については, 月ごとの請求を基本としてはどうか.
5. 特定療養費制度の適用
 ○医療機関別の包括評価の対象となった医療機関について, 特定療養費制度のあり方について, どのような見直しが考えられるか.
6. 診療報酬の見直し
 ○包括評価導入後は, どのような形で診療報酬の見直しを行って行くのか. また, 見直しに必要なデータはどのように収集するのか.

する.

厚生労働省の江浪[1]によると, 表3に示した論点に従い協議し, DPCが導入された.

6）DPC審査上の問題点

実際の審査の場では種々の問題点が発生している.

①傷病名は, 診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した疾病名」の記載であるため, 主たる疾病と異なる. 厚生労働省の矢島企画官[2]によれば, 最も投入した医療資源とは単に物的資源のみではなく, 現場の主治医が一番手間をかけ, 人的にも最も多く資源を投入した疾病であると指摘している.

子宮筋腫と卵巣嚢腫の手術をした場合, DPC以前なら, 第一病名が子宮筋腫で, 第二病名が卵巣嚢腫となっているレセプトが多数を占めた. 現在は「卵巣の良性腫瘍 子宮附属器腫瘍摘出術(両側)腹腔鏡によるもの」が多数を占める. 医師が腹腔鏡で卵巣摘出と子宮筋腫の核出術を行う場合, 筋腫核出術の方が難度は高いと考える. このため, 手術欄には腹腔鏡下子宮筋腫核出術と子宮附属器腫瘍摘出術が記載される(算定は腹腔鏡下子宮筋腫核出術の25,300点). しかし, レセプトには算定されてない(併施手術ではないため0点)子宮附属器腫瘍摘出術の対象病名である卵巣嚢腫が主傷病となっている場合が多い. 子宮の良性腫瘍で腹腔鏡を使用した手術の場合, 入院期間1日(4日)未満は2,886点に対し,

NII-Electronic Library Service

Japan Society of Obstetrics and Gynecology

卵巣の良性腫瘍で腹腔鏡を使用した手術の場合，入院期間1日(5日)未満は2,899点(1日につき13点高く，さらに1日多く算定できる)ため，事務方が主治医の意見を参考とせず，物的に高くなるものを算定するためである．このように，手術名と主病名が一致せず，主治医が一番手間をかけた疾患が主病名とならない例が多くなる．統計上も子宮筋腫より卵巣嚢腫が多くなること等の問題点が浮かび挙がる．

②点数の算定根拠が不明なため(従来方式の点数と相関していない)，簡単な術式の疾患の方が高い例がある．

③患者基礎情報，診療関連情報が制限されレセプトのみで疾病全体を把握することが出来ない．妊娠週数の記載がないため，審査が困難である．

④翌月に主傷病が変更となった場合，前月に遡って差額を調整する必要があるが，されていない例が散見される．

⑤出来高で算定すべき疾病を無理にDPCで算定する例をみる．

「帝王切開」病名(術式が傷病名)，妊娠悪阻(ICD-10：O21)等

例えば，妊娠悪阻はICD-10の分類コードではO21(オー21)に分類され，O20～29「主として妊娠に関連する他の母体障害」の一部となる(O21　過度の妊娠嘔吐，O21.1　軽度妊娠悪阻，O21.2　代謝障害を伴う妊娠悪阻)．

しかし，請求事務に広く使用されている翻訳ソフトの「ふくろうくん：http://www.dis.h.u-tokyou.ac.jp/byomei/」では1476～1478(DPC番号)妊娠，分娩および産褥に合併する既存の高血圧(症)(O10)で算定するようになっている．DPC分類ではO20～29の項目が選択されていない(前述26.7万人のデータでは希少疾病となっている)．本来O20コードをO10コードで算定するため，傷病名と診断群分類に乖離が生じる．

⑥DPCで算定した場合，かなりの損失となる例がある．G-CSF製剤，γグロブリン製剤等高額な薬剤を使用した場合，損害となって現れる．

⑦過剰な点滴例が散見される．

手術日の点滴は，手術に伴って使用されたと解釈されるため，術前24時間，あるいは術後24時間分の点滴を出来高で算定する施設がある．

⑧検体不明の検体採取料，目的不明な内視鏡検査が散見される．検体採取料は別途算定できるため，目的が不明な頸管粘液採取料や子宮腟部組織採取料の算定，傷病名と関係のないコルポスコピー検査等がみられる．

⑨手術に伴う薬剤に，前日の麻酔前投薬を算定する施設がある．

7) DPC導入の結果

国立大病院長会議によれば，DPC導入により医療供給体制の効率・合理化による医療費の削減に成果があったとの報告があった．一方，厚生労働省の説明会では，包括点数では検査や薬剤の中身が不明である．前述のように1日の額の高い方に診断群が移行する例が多いなどの問題点が指摘されている．

審査委員の立場からDPCを審査した場合，前述のように，多数の問題点が浮かび上がる．導入初年度のため，若干の間違いは致し方ないが，早急な改善が必要と考えられる．

8) 平成16年4月診療報酬点数改定によるDPCへの影響

平成16年4月の診療報酬点数改定に伴って，DPCの一部が改定となった．

16年4月から開始される臨床研修医制度に伴い，臨床研修病院入院診療加算が算定できる．この結果，DPCにおいても医療機関別係数が変更となった．更に，民間の3病院もDPCに参加することになった(7月までに5病院)．

診断群分類の見直しが行われ，高額な薬剤への対応(抗TNF抗体，大量γグロブリン

NII-Electronic Library Service

Japan Society of Obstetrics and Gynecology

療法等)，病理診断及び病理検査判断料が算定できるようになった．合併症や重症度による分類の精緻化が行われ，疾患数が1,727分類に変更(主要診断群は変更なし)された．

今後は，92の調査協力医療機関で平成15年7月から4カ月間データを集積，データの質・量が担保された施設が手上げ方式で採用される見通しである．試行的調査は2006年3月まで行われ，比較データは1年ごとに中医協診療報酬基本問題小委員会に報告される予定である．

その後には民間病院への本格導入が検討されている．

将来的に，真の包括化を達成するためには，包括に含まれていない医師の技術料であるドクターフィーの評価の精緻化が必要になるといわれている[3]．

いまだ試行段階的なDPC制度は種々の問題を解決しながら，新たな制度に脱皮しようと模索している．

《参考文献》

1) 江浪武志．特定機能病院の入院医療の包括評価制度について．社会保険旬報 2003；2171：14—17
2) 矢島鉄也．医師の正確な診断と事務サイドとの連携の強化を．社会保険旬報 2003；2171：7—10
3) 柿田 章．DPC改定の評価と民間病院試行について．保険診療 2004；1378：165—166

NII-Electronic Library Service