

医療とコンピュータ

Vol.10 No.1

株式会社日本電子出版

<http://www.epj.co.jp/medcom/>

日本版DRG / PPSの行方

川渕孝一

日本福祉大学経済学部

国立病院等における急性期入院医療の定額払い方式の試行が平成10年11月1日から開始された。これで“日本型DRG / PPS”の試行が、いよいよ動きだすことになる。

その概要をまとめると、表1のようになる。診断群は183。基本的には「基礎償還点数（3万8,803点）×相対係数（診断群に応じて決定）」の計算式で、点数が決定され、これに調整点数がつくというものである。一方、手術料、麻酔料、指導管理料、1,000点以上の処置料などは現行の出来高で算定される。

当該試行を米国をはじめとする諸外国DRG / PPSと比べると、よく似た部分もあれば、かなり趣を異にする部分もある。試行とはいえ、実際に導入するに当たっては数々の問題点も出てくることも懸念される。わが国におけるDRG導入の妥当性や病院の経営収支への影響を検証したものとしては、平成9年度に株式会社医療経済研究機構（以下、機構という）が「米国における疾病分類の妥当性に関する研究」を行っている。筆者も主任研究者としてこの研究に参加した。同研究では、国内の17病院（表2参照）に、米国の厚生省が作成したHCFA - DRGに加え

診断群分類/183分類(入院時と退院時に主治医が実施)

診療報酬構成

基礎償還点数 (ベースレート)38,803点	
*包括対象項目	*出来高対象項目
入院環境料	
看護料	
入院時医学管理料	
検査料	手術料
画像診断料	麻酔料
投薬料	放射線治療料
注射料	リハビリテーション料
処置料(1,000点未満)	処置料(1,000点以上)
薬剤料	
特定保険医療材料料	入院時食事療養費

算定式(基礎償還点数(38,803点)×診断群分類に応じた相対係数+調整点数)×10+出来高報酬の額

調整点数/基礎償還点数および相対係数には含まれていない試行対象病院個々の特別な費用をカバーするもので、以下の点数の合計

ア 包括評価の対象外となった加算

療養環境加算	看護補助料	(看護料)
地域加算		(入院環境料)
救急医療管理加算	重症者等特別療養環境加算	(入院時医学管理料)
放射線治療病室管理加算	入院診療計画加算	

イ・2対1看護料の場合/2.5対1看護料との差98点(1日につき)

・加算入院時医学管理料110/100の場合

イ)入院時医学管理の基準一に相当する病棟の場合

2週間以内	31点(1日につき)
2週間超え1月以内	21点(")
1月越え3月以内	11点(")
3月越え6月以内	7点(")
6月越え	6点(")

ロ)入院時医学管理の基準二に相当する病棟の場合

2週間以内	26点(1日につき)
2週間超え1月以内	21点(")
1月越え2月以内	16点(")
2月越え3月以内	13点(")
3月越え6月以内	9点(")
6月越え	6点(")

入院期間が著しく長い場合の追加支払い/入院期間が診断群分類ごとの特定入院期間を超えた場合には、その超えた日以降、現点数表により算定した入院環境料、看護料および入院時医学管理料(各種加算を含む)を追加的に支払う。

特定入院料算定患者の取扱/特定入院料(救命救急入院料及び特定集中治療室管理料等)を算定する対象患者に係わる診療報酬の額については、以下に掲げる額に入院時食事療養費を加えた額とする。

ア. 特定入院料を算定している期間 現行の医料点数によって算定した額

イ. ア以外の期間

$$\text{入院日数} \times \frac{\text{定額報酬の額} + \text{十出来高報酬の額}}{\text{入院日数}}$$

表1 「急性期入院医療の定額払い方式の試行」実施要綱(抜粋)

病院ID番号	病院の基本属性				データベースの詳細			
	経営主体	地域	臨床研修指定	退院記録の原データ数	退院記録の精査後データ数	診断コード	処置コード	入手したデータの対象期間
1 公立	地方			5,646	5,588	ICD-9	ICPM	4/96-3/97
2 民間	地方	主病院		2,625	7,621	ICD-9-CM	ICD-9-CM	4/96-3/97
3 民間	地方	主病院		7,821	7,821	ICD-9-CM	ICD-9-CM	4/96-3/97
4 民間	地方	単独		13,632	13,218	ICD-9	ICD-9-CM	4/96-3/97
5 公立	大都市近郊	単独		9,598	9,023	ICD-9	ICD-9-CM	1/96-12/96
6 民間	大都市	主病院		6,420	6,424	ICD-9	ICD-9-CM	1/96-12/96
7 民間	大都市	単独		12,124	12,556	ICD-9	ICD-9-CM	1/96-12/96
8 民間	大都市近郊	単独		10,144	8,457	CD-9-CM	ICD-9-CM	4/96-3/97
9 民間	大都市			5,514	5,506	CD-9-CM	ICD-9-CM	1/96-12/96
10 民間	大都市近郊	主病院		11,326	10,788	CD-9	ICD-9-CM	4/96-3/97
11 民間	大都市			4,923	4,842	CD-9	ICD-9-CM	4/96-3/97
12 民間	大都市	単独		4,551	4,983	CD-9	ICPM	1/96-12/96
13 民間	大都市			1,723	3,446	CD-10	ICD-9-CM	4/96-3/97
14 公立	大都市近郊	主病院		315	315	CD-9	ICD-9-CM	6/96
15 民間	地方			2,237	2,237	CD-10	ICD-9-CM	4/96-3/97
16 公立	地方			7,504	7,493	CD-9	ICD-9-CM	1/96-12/96
17 民間	大都市近郊	単独		13,920	11,225	CD-9	ICD-9-CM	4/96-3/97
合計				120,023	121,543			

* 大都市=東京・大阪、大都市近郊=千葉・神奈川・兵庫など、地方=大都市・大都市近郊以外の地域

* 病床数は17病院の合計で8,512床、すべて100床以上の規模ではほとんどが300床規模以上の病院

表2 調査協力17病院の概要（医療経済研究機構「米国における疾病分類の妥当性に関する研究」）

AP-DRG (All Patient-DRG) やAPR-DRG (All Patient Refinement DRG) を適用した場合にどうなるかを検証した。

本稿では、この研究結果も織りませながら、この“日本版DRG／PPS”と米国のDRG／PPSとを比較し、問題点や課題について提言したい。

診断群分類／サンプル数

診断群分類については、試行調査検討委員会がまとめた第一次案では251分類であったが、試行対象10病院のサンプルのデータ処理の過程で、183の診断群に絞り込まれたという経緯がある。

しかし、米国の例を見ると、HCFA-DRG14.0版（医療財政庁がメディケア入院患者を対象に採用）は492、AP-DRGは641、APR-DRG（87年にニューヨーク州で開発されたAP-DRGを、より精密化したもの）第12.0版は1,530の診断分類数となっている（表3参照）。これらと比較すると、183の分類はすべての疾患を網羅するものではないが若干ラフすぎると言わざるを得ない。

さらに実施要綱をつくるにあたってサンプル数が不十分なことも問題である。データ処理の過程では、サンプル数が20未満の症例や所定包括

基本のDRGの診断分類数	HCFA-DRG第14.0版	AP-DRG第14.0版	APR-DRG第12.0版
DRGの数	492	641	1530
多重外傷もMDC	一部	全部	全部
HIV感染症のMDC	一部	全部	全部
新生児体腫使用	No	全部	全部
NACHRI小児改編	No	一部	全部
主要（最重症）CC	No	Yes	Yes
定義に死を使用	Yes	Yes	No
定義に在院日数を使用	No	新生児のみ	No
OCリストの再評価	No	一部	全部
複数CCの認知の有無	No	No	Yes
CCのサブグループ数	2	3	AP-DRG
CCのサブグループ構造	不定	不定	一定
死亡リスクのサブグループ	No	No	Yes
使用した基本DRG	-	HCFA-DRG	AP-DRG
			新生児を除く

* CCは合併症（complication）、併存疾患（comorbidity）の略。AP-DRGのNAは、not available。これは、AP-DRGに、主要のCCカテゴリーがあることによる。

表3 米国のDRGグルーバーの構造的な比較

範囲に係る診療報酬点数の変動係数（標準偏差 / 算術平均）が大きい診断群を除外しているが、これに伴い当初3万件ほどあった患者データは、最終的には1万5,822件へと半減した。

DRG / PPSの開発は、患者データとコストデータを集め分析することから始まるが、一般的には200～300病院から100万人程度の患者の入退院記録と患者別のコストデータが揃えば、理想的な分析ができるとされている。これを踏まえると今回の試行のサンプル数は非常に少ないと言わざるをえない。

相対係数

相対係数とは、DRG分類項目間の相対的な医療資源の消費量を示すもので、通常、各DRGごとの部門別原価の比を用いて計算される。

これに対し実施要綱では、医療費（医業収入）をベースにして計算している。医療資源の消費量の計測に原価を用いるか、医療費を用いるかは議論が分かれるところだが、現行の医療費 = 出来高払い中心の診療報酬点数体系の是正を目的にDRG / PPSを導入するのであれば、診療原価をベースにすべきであろう。

もっともわが国の場合、官民問わず大半の病院で個々の患者のコストデータをもっていない（機構の研究でも部門別のコストデータを収集し、これを米国メリーランド州のコストウエイトという係数を用いて按分した）。こうしたことを考えれば、今回、実施要綱で医療費ベースとしたことはやむを得ない面もあるが、将来的にはコストデータに基づくDRG / PPSを構築することが理想である。

ただし、相対係数を算出するに当たり、疾病ごとのバラツキの大きい算術平均ではなく、幾何平均を用いたのは評価できる。

基礎償還点数

基礎償還点数とは、相対係数が1.0の場合の点数であり、出来高払い制の1点単価に該当する。DRGは各疾患ごとのコストの比を示しているだけなので、包括払い制と組み合わせて使用する場合には、絶対額に換算するための診療報酬単価（ベースレート）が必要になるわけである。

ベースレートの設定は政治的プロセスを通して決定されるべきである。というのは、ベースレートの設定しないで、医療費総額は大きくも小さくもなるからである。現に機構の研究では、ベースレートを医業費用を基に求めたところ、約80万円となった。

実施要綱でのベースレートは3万8,803点（38万8,030円）となっているが、米国では州によって格差はあるが、4,000ドル程度に設定されている。もちろん、米国のベースレートには医師の技術料が含まれていないので、単純比較はできないが、日本は1日当たり点数が低い割には、平均在院日数が長いことを考えると、総額は決して低くないのかもしれない。

なお実施要綱では、指導管理料、手術料、麻酔料、放射線治療料、1,000点以上の処置料、リハビリテーション料等については、基礎償還点数に含まれないが、包括の範囲については当初、試行調査検討委員会内でも医師の技術料を含めてすべて包括化すべきとの議論もあった。特定入院料（救急救命入院料および特定集中治療室管理料等）を算定した場合も、その期間は現行の出来高の算定となる。これは、医師の技術料はベースレートから除外するという考え方である。

米国でも医師のドクター・フィーはDRG / PPSから除外しているが、これはオープンシステムを原則としているためである。わが国でも今後、ホスピタル・フィーとドクター・フィーを分離するか否かという議論が活発化することが予想されるが、その場合、ドクター・フィーをどう定義するかが論点となろう。

調整点数

米国では、病院の立地やその特性に応じて支払い金額に一定の調整を行っている。たとえば教育病院や大都市の病院に対しては、DRG別支払い金額に一定の加算を行っている。

実施要綱でも「試行対象病院個々の特別な費用をカバーする」として、包括評価の対象外となった加算と、基礎償還点数の計算の前提条件（看護料2.5対1,A加算・看護補助料なし・加算入院時医学管理料105 / 100・院内感染防止加算あり）を上回る病院には調整点数が加算されることとなっている。しかし、この程度の加算では、金額的にはあまり大きな期待はできないのではないか（表1参照）。

機構の研究では、DRG別に病院特性（地域差、病床規模、経営主体、臨床研修指定病院の有無）によって、統計的に有為な差異は見られなかったが、これはデータ数が17病院と限られていたことによるものと考えられる。しかし、医学教育コストをいかにファイナンスするかは重要なテーマである。今後とも調査対象を増やし、特に専門病院および臨床研修指定病院や大学病院などの教育機関を多く抽出することで、層別化されたサンプルを収集すべきと考える。

診断分類の確定・レセプトの様式

実施要綱では、診断群分類の確定は原則として主治医が患者の入院時と退院時にそれぞれ行うこととなっている。ただし、「年齢15歳未満の患者」「一連の入院治療が完結しないうちに、他の医療機関に転院した患者又は他の医療機関から転院してきた患者」「治験の対象となっている患者」「検査入院（診療内容が主として検査と画像診断であるような入院）の患者」の4つに該当するケースは、包括の対象から除外される。

しかし上記の4条件には、転科のケースが含まれていない。たとえば脳外科の疾患で入院して、その後白内障の手術、ヘルニアの手術も行った場合、主たる病名はどう

するのかがはっきりしない。実際にドクターの書いたカルテをコード化する、診療情報管理士（コーダー）の確保ができるのかも懸念されるところである。さらにレセプトのフォーマットも決めなければならない。今回の試行では出来高部分と包括部分が混在したものになっているが、レセプトの簡素化という包括化のメリットは薄れる。

さらに診療報酬の請求は、原則として退院日以降に行うことになっていたが、これでは試行対象病院の資金繰りが一気に悪化するおそれがあるとして仮払いが認められることになった。米国の場合、在院日数が短いから後払いでも大丈夫だが、日本の場合は在院日数が30日を超える病院が多いので請求時期をいつにするかは大きな問題である。月単位で計算している高額療養費の支払いも同様で、非常に多額の請求が出てくるケースも出てこよう。そこで、患者への説明も十分に行う必要がある。

アウトライナーの処理

DRG / PPSの計算では、在院日数が極端に短かったり長かったりする患者（アウトライナー）を、平均的なケース（インライナー）と区別して、統計的に取り扱うことが可能である。また、それらを区別する際の棄却値をトリムポイントというが、実施要綱でも、診断群ごとにトリムポイント（特定入院期間）が定められ、これを超えた場合には現行の医科点数表により看護料、入院環境料、入院時医学管理料を追加的に支払うこととしている。

トリムポイントの設定、つまり在院日数が極端に短い或いは長い患者をどう扱うかは、最終的には医療政策にかかる恣意性の高いテーマである。特にわが国では、いわゆる社会的入院など主疾患名とは関係なく長期に入院を継続している例が少なくないので注意を要する。こうした社会的入院は実際にDRG / PPSを導入する際にも、計算上、他のケースとは区別して扱うべきであろう。

表4は、機構の研究で長期療養に該当する在院日数が最多のトップ10DRGを列挙したものだが、長期療養いわゆる社会的入院の患者をどう扱うかは、わが国でDRG / PPS

AP-DRG番号と診断名 在院日数(日)	全体の平均	長期療養期間を 含まない症例の 平均在院日数 (日)	長期療養に 該当する症例 数	長期療養に 該当する日数 (日)	長期療養に該当 する症例の平均 在院日数(日)	長期療養に該当 する症例数の 比率(%)	長期療養に該当 する症例の在院 日数の比率 (%)
430.神経症	227.4	69.4	41	45332	1105.6	14.3	69.5
14.一過性(脳)虚血 発作除く、特異性脳 血管疾患	40.0	30.8	273	23312	85.3	10.7	22.9
12.変性神経系疾患	68.5	33.1	54	14110	263.1	13.6	51.7
429.器具障害および 神経遅滞	129.4	48.1	19	8537	449.3	18.1	62.8
553.一過性(脳)虚血 発作除く、その他の 神経系疾患、主要合併 症を伴う発作および 頭痛	59.6	41.1	50	7571	151.4	12.2	31.1
541.感染症、気管支炎 、喘息を除く呼吸器系 疾患、主要合併症を 伴うもの	45.8	31.2	39	7455	191.1	7.6	31.7
1.開頭術、年齢18歳 以上、外傷を除く	55.2	44.0	73	6805	93.2	12.0	20.3
468.主病名と無関係の 外科的広汎処置	34.7	30.9	95	5296	55.7	6.7	10.8
483.顎、口、頸部の 診断を除く、気管開口 術	152.7	107.4	18	4802	266.7	17.0	29.7
82.呼吸器系の新生物	40.2	35.7	92	4788	52.0	8.7	11.3

表4 長期療養に該当する在院日数が最多のトップ10DRG (AP-DRG第14.0版における症例数および在院日数の比較)

を開発する場合の大きな検討課題になろう。

移行政策の必要性

現行の出来高払いを中心とする支払い方式を、いかに円滑にDRG / PPSに移行させるかについても言及したい。

同じ診断分類でも病院ごとにかかるコストは当然異なっているため、理論上、それぞれ病院固有のベースレートが存在する。ここに全国一律のベースレートを適用すると、コストの低い病院と高い病院とで差が出てくる。つまり、「勝ち組」と「負け組」が出てくるわけである。

そこで米国では、リスク・コリドー(一定の救済措置)という考え方に基づき、4年間の移行期間を経てDRG / PPSが導入された。このリスク・コリドーとは、急性期における入院患者のコストについて、保険者が実質的に、少なくとも最低限の金額を個々の病院に支払うことを保証するものである。

表5は、機構の研究対象の17病院について、米国流に日々に全国一律(全体)のベースレートに近づけた場合

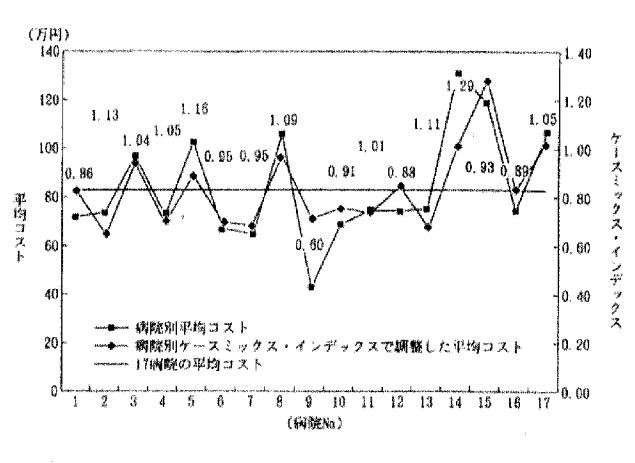
の、医業収支に対する影響度を調べたものだが、一度に全体レート100%に設定した場合、収支への影響度は+27.84%から-36.43%にもなり、「勝ち組」と「負け組」の格差が相当大きくなることがわかる。

今回の試行対象10病院の間で、どのくらいの格差が出るのか分からぬが、診断群を絞りこみ、出来高部分を多く残すことで一定の調整を行っているという見方もで

病院ID番号	病院固有レート を100%に設定 した場合の収支 影響度：(全体 レート=0%)	「病院固定レート 75%」対「全体 レート25%」の 場合の収支影響 度：	「病院固定レート 50%」対「全体 レート50%」の 場合の収支影響 度：	「病院固定レート 25%」対「全体 レート75%」の 場合の収支影響 度：	「混合ベース レート」	全体レートを 100%に設定した 場合の収支影響度 ：(病院固定 レート=0%)
1 1	0.00	-0.25	-0.50	-0.75	-1.00	
2 1TP	0.00	6.96	13.92	20.88	27.84	
3 1TP	0.00	-3.02	-6.04	-9.06	-12.09	
4 1TP	0.00	4.78	9.56	14.34	19.12	
5 2T	0.00	1.74	-3.48	5.23	6.97	
6 3TP	0.00	4.63	9.25	13.89	16.52	
7 3TP	0.00	5.44	10.89	16.34	21.78	
8 3TP	0.00	-3.79	-7.58	-11.37	-15.1	
9 3P	0.00	3.83	7.67	11.51	15.35	
10 2TP	0.00	2.10	4.20	6.30	8.40	
11 3P	0.00	2.82	5.64	8.46	11.29	
12 3TP	0.00	-0.67	-1.35	-2.02	-2.70	
13 3P	0.00	5.26	10.53	15.79	21.06	
14 2T	0.00	-4.89	-9.78	-14.68	-19.57	
15 1P	0.00	-9.10	-18.21	-27.32	-36.43	
16 1	0.00	-0.18	-0.36	-0.54	-0.72	
17 2TP	0.00	-4.84	-9.69	-14.54	-19.39	
「負け組」の最大値	0.00	-9.10	-18.21	-27.32	-36.43	
「勝ち組」の最大値	0.00	6.96	13.92	20.88	27.84	

病院の特性：一番目の数字(立地特性) 1：地方(2, 3以外)、2：大都市近郊部(千葉県、神奈川県、兵庫県など)、3：大都市(東京都、大阪府) / 二番目の英字(教育開発連携特徴) T：臨床研究指定病院、空欄は臨床研究指定外の病院 / 三番目の英字(経営主体) P：民間病院、空欄は公立病院(注)灰色の病院は現行の点数に基づく医業収入より収入金額が悪化する病院であることを示す

表5
5つの混合ベースレートを設定した場合の医業収入への影響度
(AP-DRG第14.0版をベースにした場合)



(出所) 図1、表1～7はすべて財閥法人医療経済研究機構「米国における疾患分類の妥当性に関する研究」(1997)による。

図1 ケースミックス・インデックスを調整した平均コスト

きないわけでもない。いずれにせよ、ベースレートの設定は非常に慎重に行う必要があると考える。

病院マネジメントにも役立つDRG

以上、日本版DRG／PPSとアメリカのDRG／PPSとを比較検討してきたが、最後に、DRGは支払方式のみならず病院のマネジメントツールとして利用できることを紹介しよう。

そもそもDRGは「国際疾病分類で1万以上ある病名コードをマンパワー、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度から、統計上で意味のある500程度の病名グループに整理し、分類する方法」をいい、その目的は病院の運営のムダを省き、生産性を向上させるためのマネジメント手法を開発することにある。一般産業のQC (Quality Control) 活動と同じ目的で始まった研究プログラムの成果なのである。

ここで留意すべき点は、DRGそのものは包括支払い方式ではないということである。DRGにPPS (Prospective Payment System) が加わりはじめて診断群別包括支払い方式になる。つまり、DRGを支払い方式に適用するか否かは、政策的に決定すべきものであり、包括支払い方式が

DRG	症例数 (推定値)	平均在院日数 (単位: 日)	ロードリム ポイント (単位: 日)	ハイドリム ポイント (単位: 日)	平均コスト (単位: 千円)
MDC1-神経系疾患および障害					
1 間接術、年齢18歳以上、外傷除く	775	60.3	4	79	3,7812 3,007.43
2 外傷による間接術、年齢18歳以上	130	27.0	2	54	3,4203 2,720.36
3 間接術、年齢0-17歳	44	41.8	2	68	3,0511 2,426.75
4 脊髄の炎症	45	70.1	13	92	3,1302 2,489.71
5 造外血管の炎症	16	66.7	3	71	2,4229 1,927.10
6 手根管炎	30	10.7	2	31	0,6898 453.08
7 合併症を伴う末梢および脳神経、およびその他の神経系の炎症	14	62.2	4	106	4,0417 3,214.96
8 合併症を伴わない末梢および脳神経、およびその他の神経系の炎症	98	20.6	1	62	1,1960 951.29
9 脊髄の炎症および腫瘍	87	62.6	2	68	1,8474 1,469.41
10 合併症を伴う神経系の新生物	67	39.0	2	69	1,5096 1,200.72
11 合併症を伴わない神経系の新生物	176	54.4	1	63	1,7816 1,417.07
12 異常性神経系疾患	485	66.0	2	68	1,8443 1,546.48
13 多発性硬化症および小脳性炎症	48	37.8	3	66	1,3248 1,053.70
14 一過性・脳・脊髄炎症除く、特異性脳血管疾患	2,841	42.4	1	63	1,6180 1,207.42
15 一過性・脳・脊髄炎症および脳膜炎(動脈)疾患	319	17.1	1	41	0,7177 570.89
16 合併症を伴う特異性脳血管疾患	14	47.0	2	75	1,5741 1,252.00
17 合併症を伴わない、3)特異性脳血管疾患	31	54.4	1	53	1,3790 1,086.64
18 合併症を伴う脳および末梢神経疾患	38	27.3	2	66	1,2848 1,029.87
19 合併症を伴わない脳および末梢神経疾患	297	17.4	2	46	1,0298 819.11
20 ウィルス性筋膜炎除く、神経系の感染症	212	29.4	2	62	2,0404 1,622.65
21 ウィルス性筋膜炎	78	12.1	2	42	0,8273 658.07
22 高血圧性脳症	18	13.6	1	44	1,1072 880.65
23 外因性脳炎および昏睡	92	9.7	1	39	0,5692 476.62
24 合併症を伴う発作(痙攣)および頭痛、年齢18歳以上	81	15.2	1	45	0,8177 650.37
25 合併症を伴わない発作(痙攣)および頭痛、年齢18歳以上	225	9.3	1	39	0,6368 426.98
26 発作および頭痛、年齢0-17歳	380	6.7	1	16	0,4510 358.78
27 外因性昏睡および昏睡、昏睡1時間以上	247	22.8	1	49	1,1343 902.25
28 合併症を伴う外因性昏睡および昏睡、昏睡1時間未満、年齢18歳以上	11	31.0	2	60	1,1405 907.14
29 合併症を伴わない外因性昏睡および昏睡、昏睡1時間未満、年齢18歳以上	65	22.1	2	46	0,9705 771.91
30 外因性昏睡および昏睡、昏睡1時間未満、0-17歳	37	6.0	1	26	0,3999 318.10
31 合併症を伴う頭痛、年齢18歳以上	6	7.2	1	23	0,3719 295.80
32 合併症を伴わない頭痛、年齢18歳以上	65	2.5	1	6	0,2028 161.36
33 頭痛、年齢0-17歳	24	1.8	1	4	0,1795 142.80
34 合併症を伴うその他の神経系の疾患	65	25.6	1	52	1,1004 875.26
35 合併症を伴わないその他の神経系の疾患	209	118.6	1	45	3,2361 2,573.88

表6 HCFA-DRG12版を使った平均コスト一覧表

(医師の人事費を含め、長期療養期間分のコストを含めない場合、MDC、DRG番号順)

唯一の選択肢ではないのである。そのため、ヨーロッパ諸国では、DRGをマネジメントツールとして使っている国も多い。

また、DRGを適正に利用することによって、医療の質の評価も可能になる。

たとえば図1は、機構の研究対象17病院の患者1人当たりの平均コストと、ケースミックス・インデックス（相対係数の加重平均値）で調整した平均コスト（表6参照）を比較したものだが、患者の重症度を考慮できるDRGを利用すれば、病院間のコストのバラツキを、より公平に比較できるのがわかる。具体的にはNo.14の病院は平均コストが高かったが重症患者も多かったために、調整後の平均コストはNo.17の病院と遜色のない水準にまで低減された。一方、No.9の病院では軽症患者が多くコストは一番低いが、調整後のコストはかなり割高となり、17病院の平均に近づいている。つまり、DRGを使えば、各病院間のコスト比較をより公平に行うことができるのである。

最後に

わが国の場合、医療費削減のもっとも大きな課題は在院日数の短縮にあるが、DRG / PPSの導入によって総体的に在院日数の短縮化が進めば、そこで浮いた余剰資源を、療養型病床群や福祉施設など他の分野に転用することができる。これは超高齢社会を控えたわが国において、必要とされる医療費の節約の助けにもなると考えられる。

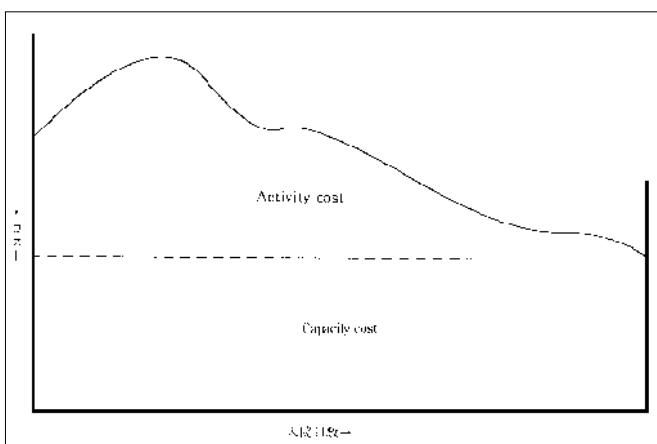


図2 Activity cost とCapacity cost概念図

経済誘導との反発もあるかもしれないが、経済を抜きにしては、医療費の適正化も医療提供体制の再構築も難しいと考える。たとえば医療法で地域医療支援病院の紹介率を原則80%以上と定めたが、それに対する経済的インセンティブがなければ、現時点で80%以上を達成できる病院しか手を挙げない。

また、在院日数の短縮に向けた経済誘導にDRG / PPSを適用することは、少なくとも現在のように入院時医学管理料の逓減制を用いるよりは、リーズナブルと考える。病院のコストは通常アクティビティ・コスト（Activity Cost = 患者特性に応じて変化する費用）とキャパシティ・コスト（Capacity Cost = 病院のキャパシティに関する費用）に大別される（図2参照）。ここでアクティビティ・コストとは、患者の疾病ごとに消費量が異なる医薬品や診療材料に要する費用をいう。これに対して、キャパシティ・コストとは、人件費、経費、減価償却費といった一定の水準の医療を提供するために必要とされる費用で、通常、入院日数に比例して支払われるべきものである。

一般に、入院時医学管理料はキャパシティ・コストに対する手当てと考えられるが、これに逓減制を導入する理由はない。そういう意味では、入院時医学管理料はまた、疾病別の特性も考慮していない点において、非科学的な制度と言える。

今後、わが国にDRG / PPSが制度として本格的に導入されるかどうかはよくわからないが、PPSの前にDRGをより精緻に研究する必要があると考える。

文献

- [1] 川淵 孝一著：「DRG / PPSの全貌と問題点」（薬業時報社）
- [2] 川淵 孝一著：「DRG / PPS導入の条件と環境」（薬業時報社）