

日本版 DRG/ PPS を巡る諸問題

高橋 進

はじめに

日本版 DRG/PPS が着目されてきた背景には、人口の少子・高齢化、医療の高精度化に加え経済不況などの多彩な因子が絡み合っただけでなく、国民医療費は増大の一途を辿り、このままでは医療保険制度が破綻してしまうという危機感があり、限られた医療資源に無駄がないか、効率的であるかとの観点のもとに、国民の立場にたった医療供給体制と医療保険制度の両面にわたって、「21 世紀の国民医療：良質な医療と皆保険制度確保への指針」が与党医療保険制度改革協議会から提示され、この基本指針に基づいて厚生省は医療保険制度の抜本的改革に着手した。その内容に於いて、1) 診療報酬支払い方式の見直し、2) 薬価制度改革、3) 高齢者保険医療制度の見直し（独立型、突き抜け方式など）などが目玉となっている。

診療報酬支払い方式の見直しは、「技術、もの、ホスピタルフィーの適正な評価」、「急性期・慢性期に応じた評価」、「医療機関の機能分化の推進と評価」が3本の柱ではあるが、根本は医療費の増大を抑制し、保険財政の健全化を促進することである。議論の中で、急性期医療に対する定額制の導入の検討が指示され、平成9年7月に厚生省の試行調査検討委員会が設置された。現在の情勢を考えると、好むと好まざるに係わらず、どのような形をとるにせよ、入院医療における包括化・定額制が導入されるだろう。

外国に目を向けると、先進国では、DRG/PPS は

制限医療を伴うものの、医療費高騰抑制に対して最も効果的であると認識されている。ドイツ、カナダ、オーストラリア、韓国などでいずれも全面的な適用はされていないが独自の改変を行った上で試行されている。

本稿では、DRG/PPS の概況と日本版、国立病院などで導入された試行・導入の現況を中心に、また一部腎臓内科の研究班の成績の一部を示し、ご批判とご指導を得られれば幸いである。

1 DRG/PPS の概略

1) DRG とは？

DRG とは diagnosis related group の略で、「国際疾病分類 ICD (international classification of diagnosis) で1万以上ある病名を、マンパワー、医薬品、医療材料、入院日数、入院費用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」である。これは、メディケア発足以降、保険の支払いを受ける条件として、メディケアから病院における医療資源の稼動状況や品質保証に関するデータの提出を求められたアメリカの病院で、病院における医療サービス活動の測定・評価を行うためのマネジメント手法として開発されたものであり、各々の病院の改善点を明確にすることが主たる目的であった。言い換えれば、DRG は一般産業界の QC (quality control) 活動と同じ目的で始まったプログラムの成果である。

DRG は、1969年アメリカのエール大学が病院での医療活動を客観的に測定・評価する目的で患者分

類の研究から構築された。

ここで留意すべき点は、DRGを「疾病別包括支払い」とイコールで考える向きもあるが、DRGそのものは包括支払い方式ではない。

2) PPSとは？

PPSとはprospective payment systemの略で「包括支払い方式」または「予定定額支払い方式」である。DRGをPPSに用いれば、診療報酬が科学的に算出され、医療費の無駄が省かれ、病院の経営を改善することになる。DRGを診療報酬の支払い方式に用いた場合のことである。

3) DRG/PPSは？

アメリカにおけるDRG/PPSは、1960年代からインフレ、医療保険の普及、高齢化、医療技術の進歩などにより医療費が高騰して大きな社会問題となり、1983年に連邦政府による医療費抑制や医療供給側の統制の施策としてメディケアに導入し、誕生したものである。最近ではメディケア以外にも適用の範囲が拡大されてきている。

2 DRG 疾病分類法

現在のアメリカのDRG分類は、一万近くあるICDの分類を約500と1/20まで再分類したもので、分類ルールは、はじめに臓器別に疾病を25のカテゴリー（主要疾患カテゴリー：MDC; major diagnostic categories）に分類、次に手術室を使うか否かで内科系、外科系に分類し、更に医療資源の消費パターンの似通ったグループに分類する。最後に在院日数に影響を与える入院前からある合併症と、入院後に生じた併発症の有無で分類し、DRG分類番号で標記される。合併症とは入院する前からあるもので、この疾患によって当該患者の75%以上が平均在院日数を一日延長させるもの、併発症とは入院したことによって発生した二次的なもので、この疾患によって当該患者の75%以上が平均在院日数を一日延長させるものをさす。

日本では13のカテゴリーの分類のDRG第一次

案を作成した。これとアメリカのカテゴリーとの対比を示す(表1)。

日本の分類は第一次のもので常に進化させていくべきで、当然、随時改訂がなされる予定である。アメリカでは毎年改訂されている。

こうした商品分類を行うことで、DRGごとの生産ラインの可能性が開けた。すなわち、DRGによって商品の生産ラインごとに、資源の配置や配分を考える資源管理が可能となり、商品別費用計算、商品別収益計算から疾患別管理会計という考えが芽生えたことは進歩と評価したい。

3 アメリカにおけるDRG/PPSの効果と影響

1983年にDRG/PPSがメディケア(パートA)の入院医療費に導入されたことによる効果を表2に示す。

メディケアでは1980年から1990年の10年間で年平均180億ドルの医療費が削減され、年間入院患者も3,500万人から3,100万人と400万人減少し、医療費の年間伸び率が14%から3%に、平均病床利用率も78%から65%以下に低下している。そのため、アメリカ病院協会の調査では病院数が5,843から96年には5,160となり、13年間に病院9件の内1病院が閉鎖、売却又は合併により姿を消した勘定になる。

DRG/PPSの導入によりアメリカの病院の経営は従来のマーケティング重視からコストパフォーマンス重視へと大きく転換し、その意味ではDRG/PPSは病院経営の効率に大きく貢献した。具体的に、DRG毎のコストを他の病院と比較し自院の改善ポイントを知ること、患者治療に必要なコストを把握し、管理することによる病院の利益確保が可能、特に医師が自分の医療行為にコスト意識を持つようになったことなどがある。こうした点に柔軟に対応出来ない病院は淘汰されている。

パートAはホスピタルフィー(入院室料・食事代・看護サービス費用などへの給付)で、その他に

表 1 日本における MDC の比較

日 本		米 国	
MDC	内 容	MDC	内 容
1	神経系疾患	1	神経系疾患
2	眼科疾患	2	眼疾患
3	耳鼻咽喉科疾患	3	耳, 鼻, 喉の疾患
4	呼吸器系疾患	4	呼吸器系疾患
5	循環器系疾患	5	循環器系疾患
6	消化器系疾患, 肝臓・胆道・膵臓疾患	6	消化器系疾患
7	筋骨格系疾患	7	肝胆管系及び膵臓疾患
8	皮膚・皮下組織の疾患	8	筋骨格系及び結合組織疾患
9	乳房の疾患	9	皮膚, 皮下組織, 乳房疾患
10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患	10	内分泌・栄養・代謝疾患
11	腎臓・尿路系疾患及び男性性器系疾患	11	腎臓及び尿路疾患
12	女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	12	男性生殖器疾患
13	血液・造血器・免疫臓器の疾患	13	女性生殖器疾患
		14	妊娠, 分娩及び産褥
		15	新生児疾患 (含周産期)
		16	血液, 造血器疾患, 免疫障害
		17	骨髄増殖性疾患, 低分化型新生物
		18	感染症及び寄生虫症
		19	精神病
		20	アルコール, 薬物使用及び精神障害
		21	損傷, 中毒及び薬物の中毒作用
		22	熱傷
		23	健康状態に及ぼす影響…他
		24	多発性外傷
		25	HIV 感染症

表 2 米国における DRG/PPS 効果

- 医療費の伸びが鈍化した
メディケアは 10 年間で 180 億ドル/年の医療費削減
入院患者 3,500 万人→3,100 万人
医療費の対前年伸び率 14% →3%
- 平均在院日数の短縮 (1997 年は 5.4 日)
- 5 年間で病院数が 184, 病床数が 6 万床, 病床利用率が 8% 減少
- ナーシングホームへの転院, 在宅ケア, 外来比率, 日帰り手術, ICR/CCU の利用率が増加した
- 退院後 6 週間以内の死亡率は変化なし, 再入院は微増
- 病院ごとの治療格差が明確となり, 医療の質の向上につながった

パート B と呼ばれる ドクターズフィーがある。ドクターズフィーに、医療行為に要する時間や労働量などの変数を考慮したより合理的な基準に基づく診療報酬点数表, すなわち比較的価値表支払 (RBRVS : resource-based relative value scale) 方式が導

入適用されている。

アメリカのことではあるが、患者をゆっくり入院させておく「水平医療」では病院の持ち出しになり、入院期間を短縮するために、出来るだけ速やかに退院させようとする病院側の努力は「垂直医療」

という新語まで生み出している。一部、患者の病状がよくなるいうちに、未だ重いのにもう退院 (sicker and quicker) という現象が起き、苦情が多発してきている。

私見ではあるが、DRG/PPSの導入によるとされている入院患者数、在院期間の短縮などは、DRG/PPSの影響よりもむしろ、メディケアなどの保険制度の下における医療査察機構 (PRO : peer review organization) の方が大きく影響していると推察する。

4 日本版 DRG/PPS の導入を巡る諸問題

アメリカの医療費抑制策の流れを見ると、現在の日本の医療行政が全く同様の経過を辿っているようだ。

急性期入院医療の定額支払いの試行が国立病院などの僅か10病院で開始されたに過ぎないが、病院関係者の関心が大きく集まっている。これもサバイバル競争時代に突入した病院の危機感の反映と言えるだろう。

日本医師会が「医療構造改革構想」において「医師の裁量権が担保され、患者にとって一番良い治療・処置とは何かを考えた上で、DRG/PPS導入に向けての調査研究、対象病院、試行期間などを十分に検討することが必要である。特にわが国においては、医療提供施設が多種多様であり、その適用に向けては十分配慮することが大切である。利点として、入院期間の短縮、請求事務の簡素など、また、問題点として、新しい高度技術の保険診療導入が阻害されないか？ 診療内容に関係なく収入が保障されるため問題も生じるのでは？ 患者選択の危険性は？ 個々の医療のニーズに適切に対応できないのでは？ 医療の質が確保できるのか、また向上を図る対策は？ など」を指摘しているが、一定の容認を示したものと受け止めている。

支払い金額に上限が出来ることと医療の質の低下が懸念されるが、アメリカでは医療査察機構 (PRO)

で担保されており、日本版でも同様な専門家による評価・審査機構が必要であろう。

5 日本版 DRG 疾病分類案

1) DRG 疾病分類案の作成

病名を含む患者データを集計する場合には、何らかの疾病分類が必要とされる。WHOが17年振りに改訂を加えたICD10も公表されているが、今回は、厚生省が準拠し使用しているICD9-CM (第9回修正 : clinical modification) を基準とし、日本版の主要診断カテゴリーは、病因よりもむしろ臓器別に対応して作成されている。しかし、全て臓器別とはいかないので例外的な分類もあり、国際分類と整合性がないところもある。アメリカの場合は、1,400万例のデータを集積し、統計的に解析・整理して基本診断群を決定し、それを主要診断名、主要手術法、合併症、患者年齢、性別、患者の退院状況などを参考に、現在は492群に分類している。しかし、わが国の場合は、試行病院のレセプトの基礎調査による関係でデータは極端に少ない。また、財団法人医療経済研究機構の研究事業のデータを含めても未だ少ない。分類第一次案は日本の現状に合わせて、該当患者がある程度確保された疾病で作成され、十分な症例が集まらず分析出来ない疾病分類は今回の分類案から外された。このような経緯で管理可能な数を選択し、日本版DRGの「診断群分類案97」の第一次試案が主要カテゴリーが13、疾病分類は183で纏まった。

腎臓・尿路系疾患及び男性性器疾患の主要診断カテゴリー11の範疇のDRG分類は表3に示す。DRG分類番号は1101から1118迄である。この中に慢性糸球体腎炎 (慢性腎炎) が分類に入っていないのは、試行病院の実績を基に作成され、腎臓・尿路系疾患および男性性器疾患の一般病床入院患者の80パーセントを対象とした関係で、すなわち、慢性糸球体腎炎 (慢性腎炎) を分類しても少なかつたからである。しかし、次回の改訂では姿が現れる

可能性がある。

2) DRG 分類に係わる主要診断カテゴリーと
データ解析方針

図 1 に解析の基本方針，とくに腎臓内科（ネフ
ローゼ症候群，慢性腎不全）の解析指針を示す。

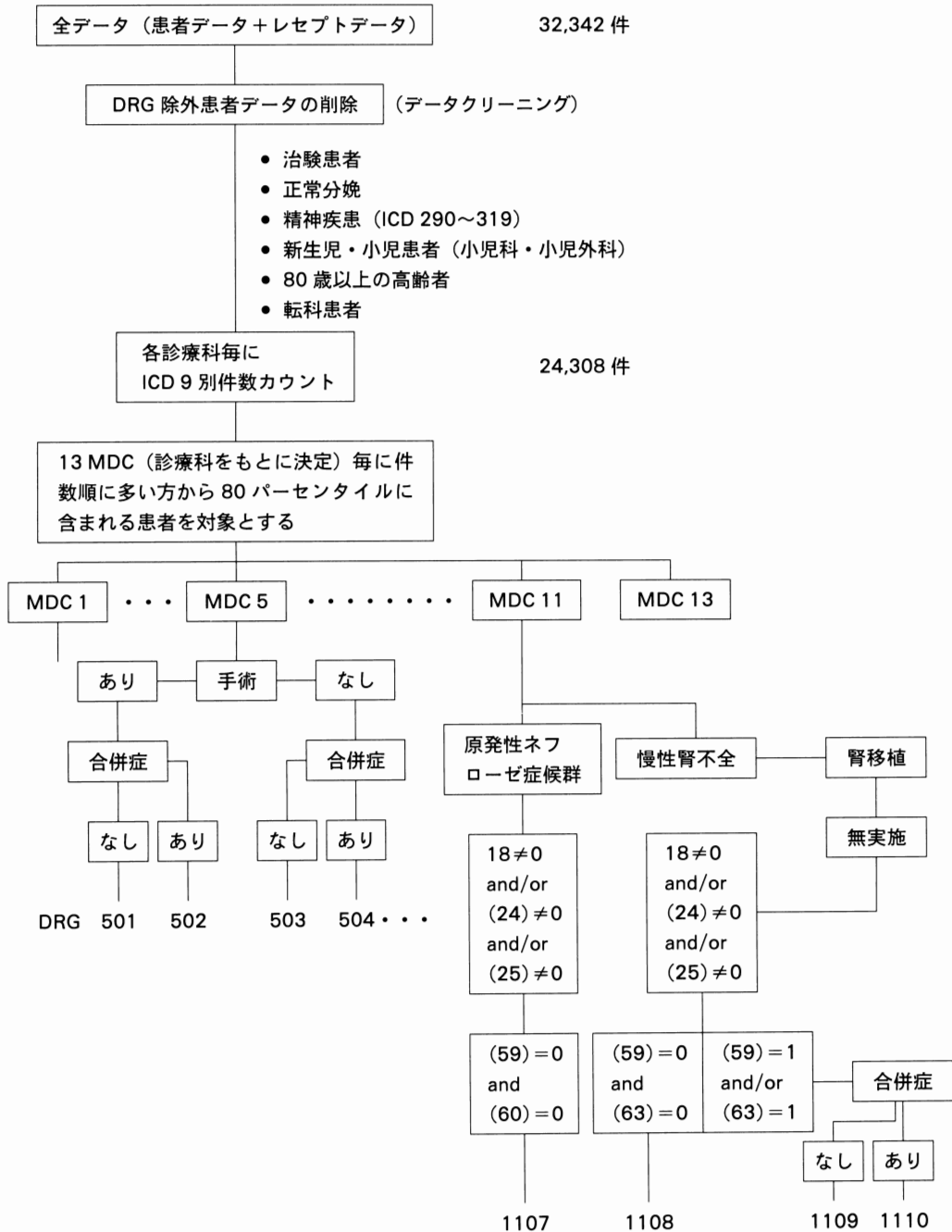
6 日本版急性期入院医療の定額支払いの
試行の概略

1) 目的

わが国の診療報酬体系は，昭和 32 年から現在の

表 3 主要診断群 11 (MDC) 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患

分類 番号	疾患名 (ICD9)	診療行為等	特定入 院期間	平均入 院期間	相対 係数	点数
1101	前立腺悪性新生物 (185) 合併症なし		48	19.08	1.3284	51,546
1102	前立腺悪性新生物 (185) 合併症あり		78	21.50	1.3700	53,160
1103	膀胱悪性新生物 (188) 合併症あり	経尿道的主要切除術なし	59	21.15	1.3152	51,034
1104	膀胱悪性新生物 (188) 合併症なし	経尿道的主要切除術あり	33	13.99	0.9404	36,490
1105	膀胱悪性新生物 (188) 合併症あり	経尿道的主要切除術なし	66	14.44	0.9316	36,149
1106	腎ならびにそのほかおよび部位不明の 泌尿器悪性新生物 (189)		64	25.47	1.9367	75,150
1107	原発性ネフローゼ症候群 (581)	人工腎臓なしおよび血漿交 換療法なし	117	29.26	1.6900	65,577
1108	慢性腎不全 (585)	腎移植術なし，人工腎臓な しおよび腹膜灌流なし	70	24.98	1.6164	62,721
1109	慢性腎不全 (585) 合併症なし	腎移植術なし，ならびに人工 腎臓ありまたは腹膜灌流あり	66	25.27	1.7855	69,283
1110	慢性腎不全 (585) 合併症あり	腎移植術なし，ならびに人工 腎臓ありまたは腹膜灌流あり	91	33.38	2.3164	89,883
1111	腎の感染症 (590)	手術なし	29	11.18	0.7538	29,250
1112	水腎症 (591)		42	14.09	1.0497	40,732
1113	腎又は尿管の結石 (592)		14	4.91	1.3666	53,028
1114	感染症，水腎症および結石を除く腎ま たは尿管の障害 (593)		19	6.97	0.5886	22,839
1115	前立腺肥大症 (600) 合併症なし		36	19.55	1.2288	47,681
1116	前立腺肥大症 (600) 合併症あり		49	22.41	1.3600	52,772
1117	精巣水腫 (603)		14	4.75	0.2895	11,233
1118	陰茎または包皮の疾患 (605, 607)		6	3.60	0.2192	8,506



(注) (18):投薬・内服 (点数小計), (24):注射・静脈内 (点数小計), (29):手術・麻酔 (薬剤・材料以外) (点数小計), (59):人工腎臓 (0. 無し, 1. 有り), (60):血漿交換療法 (0. 無し, 1. 有り), (63):腹腔灌流 (0. 無し, 1. 有り), TUR-Bt: 経尿道的な主要切除術 (transurethral resection of bladder tumor: K803 の4)

図1 DRG分類に係わるデータ解析方針

ような出来高体制を基本としてきたが、この制度が、今日見られるような医療費の高騰に少なからず影響を与えていること、過剰投薬、重複検査などの弊害や長期入院などが指摘されている。そこで、わが国の将来の診療報酬体系をどのようにすべきかを検討するため、慢性期以外の急性期の入院についても入院医療の定額制を試行し、

- ① 診療内容の効率化に有効か？
- ② 病院経営の合理化に役立つか？
- ③ 医療の質への影響はどの程度か？
- ④ 事務の簡素合理化の観点からどのように評価できるか？

などについて必要なデータを収集し、その変化を把握し、今後の医療制度および医療保険制度改革の基礎資料とする。

2) 試行プログラムと実施要項

試行対象病院

国立病院および社会保険病院の中から、一定基準（平均在院日数：概ね30日以内、看護体制：新看護料2.5：1以上相当など）によって国立仙台病院、国立埼玉病院、国立千葉病院、国立豊橋病院、国立南和歌山病院、国立岡山病院、国立病院九州医療センター、岐阜社会保険病院、健康保険諫早総合病院の10病院が選定され、平成10年11月から試行が開始されている。試行に当たっては、「試行前と全く診療内容を変えない」と云う方針で試行が開始されている。

3) 試行対象患者

試行対象病院の一般病棟における入院患者であって、いわゆる「診断群分類」に該当する患者で、年齢15歳未満の患者、80歳以上の高齢患者、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、治験の対象となっている患者、精神疾患、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）、正常分娩を除外する。

4) 診断群分類などの取り扱い

既に発表されている「診断群分類案1997」を参

照されたい。合併症については、表4に示したものは診療報酬額や入院期間への影響が少ないと考えられ除外されている。合併症に関する症例リストがあるが、主要診断名に緊密に関連している時、DRG分類上は合併症としない。また、合併症の取り扱いも継続議論し、整理することが約束されている。具体的に、保存期慢性腎不全患者が白内障手術をした場合、手術部分が出来高の請求となる以上、白内障が主病名となる。これについても、これで良いのか、個々の事例が出ることが予想され、厚生省と議論していかなければならない。

日本版DRG/PPSは包括支払いと出来高を組み合わせた複雑なもので、その診療報酬の詳細な取り扱い、その額の基本算定指針を表5に示す。診断分類に応じた包括部分、技術料などの出来高報酬の設定および定額報酬の算定方法を図で示し（図2）、基礎償還点数は38,803点、腎臓疾患の相対係数は表3を参照されたい。診療報酬請求方法（表6）は総括し、具体的に示す。包括評価の対象外となった加算項目（表7）、定額報酬の算定における調整点数（表8）を一覧表で示す。また、技術料などの出来高報酬の対象となる1,000点以上の処置一覧を表9に示す。人工腎臓、血漿交換療法、吸着血液浄化法などがあるが、CAPDは含まれていない。これについては、evidenceに基づいた資料のもとに改正を求める手続きを予定している。

5) 試行病院の中間速報

試行3カ月の状況は、総入院患者は8,084例に対し、該当症例2,842例で全症例の35.2%と少ない。これは診断群が偏っているため、予想より該当症例が少なかったからである。短期の問題点となっている情報を表10に示す。患者の入院月と退院月しか病院の収入がない制度であり、短期間で診療が終結する疾患では収支は釣合いが取れそうであるが、長期の入院になると出来高制より悪いと予想される。入退院の月以外は食料費を含む自己負担分が収納出来なく、この間病院の出費だけになる。審査機関で

は、レセプト上に診療内容の記載がなく、診療の質が保証されているか否かの判断が出来ない、またレセプト開示の動きにもそぐわないなどの意見が出ている。患者側にも戸惑いも見られ、同じ疾患で再入院した患者は自己負担額を当然比較するので十分な説明が必要である。途中離脱の扱いも厄介であり、また、高額な特定治療材料を用いた場合の経営上の悩み、その他アメリカに比較し、国民性、長年の習

慣など複雑な問題が浮上し、今後の対応が望まれる。

7 腎臓・尿路系疾患及び男性性器疾患（腎臓内科）の国立病院と研究班の実態の比較

国立病院は一般民間病院、大学付属病院などと支払いおよび経費の面で大差があることはアメリカでは証明されている。特に教育に関しての維持経費は

表4 合併症リスト

留意事項

本合併症一覧は、基礎患者調査票において合併症の記載がなされたものをまとめたもので、まとめるに当たっては、診療報酬額や入院期間への影響を見込む必要性の比較的小さい以下の疾患を除外した。（記載どおり）

腰痛症

耳鳴

湿疹

足白せん症

口内炎

口唇ヘルペス

はしごまたは足場からの墜落または転倒

日時の記載のある術後（例：子宮癌術後（昭和57年））

初老期痴呆

痔核

自律神経失調症

うつ病

便秘症

仮性包茎

神経症

不眠症

難聴

胸部異常陰影の疑い

胃の機能障害、詳細不明

麦粒腫

血尿

感冒

眼瞼炎

ヒステリ

かん入爪

つまづきあるいはよろめきによる同一面上での転倒

※ 合併症・併存症の問題については、今回は取りあえず「合併症リスト」の名称を使用し、第二次試案策定までに議論し整理する。

※ 現時点で「合併症リスト」に掲げている疾患名は、暫定的な意味合いであり、今後の試行とともに漸次見直す。

表 5 診療報酬の額

対象患者に係わる診療報酬の額は、以下に掲げる額の合算額とする。

1. 診断群分類に応じた定額報酬

診断群分類毎に、入院環境料、看護料、入院時医学管理料、検査料、画像診断料、投薬料、注射料および基本部分が1,000点未満の処置に係わる処置料、ならびに処置、手術および麻酔に伴う薬剤料および特定保険医療材料料（「包括評価の対象外となった加算」に掲げるこれらの点数の係わる加算を除く。以下「包括対象項目」という）について、入院日から退院日までを通して包括的に評価したものをいう。

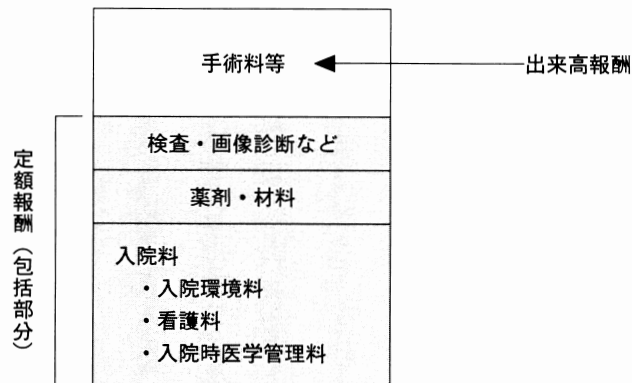
2. 技術料などの出来高報酬

上記1.以外の初診料、指導管理などの費用および在宅療養指導管理料、ならびに基本部分が1,000点以上の処置に係わる処置料、手術料及び麻酔料（薬剤料および特定保険医療材料料を除く）ならびにリハビリテーション料及び放射線治療料について、現行の医科点数表によって評価したものをいう。（1,000点以上の処置一覧）

3. 入院時食事療養費

入院時食事療養費について、現行の算定方法によって評価したものをいう。

診療報酬は診断群分類に応じた定額報酬（包括部分）、技術料などの出来高報酬の合算額とする。



* 診断群分類に応じた定額報酬の算定方法

定額報酬 {基礎償還点数×相対係数+調整点数}×10円

注1) 基礎償還点数

全試行病院における包括部分にかかる医療費の総平均 38,803点

注2) 相対係数

各診断群分類の平均的に使用される医療費を、全体の平均（基礎償還点数）と比較した相対値であり、その診断群に対して支払われる医療費を示すもの。

[例] 虫垂炎・虫垂切除術 0.6436
循環器疾患・冠動脈バイパス術 9.2822

注3) 調整点数

基礎償還点数および相対係数に含まれない、それぞれの試行対象病院固有の費用（看護料加算部分、地域加算等の合計）をカバーするもの。

図 2 診療報酬の額設定の考え方

膨大であり、その問題は無視できない。厚生省社会保険委託調査研究として主要診断群 11：腎臓・男性生殖器系疾患の、腎臓内科領域における DRG 分類の日本版と診療報酬明細書よりの実態調査・研究

を行い、国立病院などと比較検討中である。腎臓内科領域の研究は大学付属病院など 5 病院で開始し、現在は 13 病院の協力を得て継続中である。その中間状況の概略を参考迄に報告する。

表 6 DRG 対象患者の診療報酬請求方法について

<p>試行医療機関において実施された DRG 対象患者の診療に対する診療報酬の請求は、次のような考え方により入院時の「入院時請求」と退院時の「終了時請求」の 2 つの請求を組み合わせで行うこととする。</p>	
<p>1. 入院時請求</p>	
<p>① 試行医療機関は DRG 対象予定者について、入院後、予定される診断群に基づき、翌月の 10 日に支払基金に対して予定される診療報酬の一部を請求する。</p>	
<p>② 請求額は、予定される診断群包括部分の報酬の 1/2 とする。</p>	
<p>③ 患者の一部負担金は入院時には支払を受けることができない。 (確定した診療報酬額に基づく退院時の支払いのみとする)</p>	
<p>2. 入院後の処理</p>	
<p>(1) DRG 予定者→退院・DRG 対象診断群に該当した場合</p>	
<p>① 退院時に DRG レセプトにより診療報酬請求額を確定し、残額を基金などに請求する(終了時請求)(翌月 10 日)。</p>	
<p>② 医療機関は当該確定請求額に基づき、退院時に患者から一部負担金の支払いを受ける。</p>	
<p>(2) DRG 予定者→診療途中で DRG 対象診断群から離脱した場合</p>	
<p>① DRG 対象に該当しないことが確定した時点で、診療報酬の算定を従来の出来高に切り替えて請求する。</p>	
<p>② 具体的には、まず、出来高の切り替えた後の初回請求時(翌月 10 日)に、その時点までの全診療分について、出来高で DRG 様式のレセプトを用いて作成、入院時請求額との差額を基金等に請求する。(見かけ上、(1)の終了時請求と同じ手続き)</p>	
<p>③ それ以降の診療分については通常の出来高請求として、通常の出来高レセプトにより月ごとに請求する。</p>	
<p>(3) DRG 予定者→途中退院等(治療未了者)</p>	
<p>① 今回の試行では DRG の対象者とししない。</p>	
<p>② 診療報酬の請求は、上記(2)に準じて、DRG 対象外が確定した時点(途中退院など)で出来高に切り替えて DRG 様式のレセプトにより出来高で請求する。</p>	

表 7 包括評価の対象外となった加算

1. 入院環境料	療養環境加算 地域加算 重症者等特別療養環境加算 無菌治療室管理加算 放射線治療病室管理加算
2. 看護料	看護補助料
3. 入院時医学管理料	救急医療管理加算 入院診療計画加算 入院時医学管理(Ⅱ)にかかる加算

表 8 定額報酬の算定における調整点数

1. 2対1看護料を算定している医療機関の場合	
2対1看護料と2.5対1看護料の差98点(1日につき)	
2. 加算入院時医学管理料110/100を算定している医療機関の場合	
1) 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週間を超え1月以内	21点(")
1月を超え3月以内	11点(")
3月を超え6月以内	7点(")
6月を超え	6点(")
2) 1)以外の病棟の場合	
2週間以内	26点(1日につき)
2週間を超え1月以内	21点(")
1月を超え2月以内	16点(")
2月を超え3月以内	13点(")
3月を超え6月以内	9点(")
6月を超え	6点(")

表 9 1,000点以上の処置一覧

- エタノールの局所注入
- 高気圧酸素療法1 救急的なもの
- 人工腎臓
- 血漿交換療法
- 局所灌流
- 吸着式血液浄化法
- 腹膜灌流2 その他の腹膜灌流
- カウンターショック
- 食道圧迫止血チューブ挿入法
- 熱傷温浴療法
- 腎盂内注入(尿管カテーテル法を含む)

以上11処置

表 10 DRG/PPS 試行の問題点

1. 患者の入院月と退院月しか病院の収入がない
2. 審査機関ではレセプトの診療内容が不明
診療が適正かどうか不明
3. 特定保険医療材料の値段が、8年度設定時と比較し大幅に値上がりしており、点数の乖離が甚だしい
4. 債権の取り扱いが、従来の国の会計システムと馴染まないで、仕事のロスが大きい
5. 会計計算が遅くなり、病棟業務に支障が出る
6. その他

表 11 はわれわれの研究班の成績で、透析技術料を除外したものである。施設間の看護料などの条件の違いの補正はせず、あくまでも参考として平均値のみを示した。今回のベースレートなど設定に関しての統計は、算術平均ではなく幾何平均を使用しており参考に記述した。今回の成績の算術平均と幾何平均の差が大きいと思えるのはアウトライヤーが多かったためと推察できる。症例数の集積による検討でどのようになるかが今後の課題である。実際の償還金額は人工腎臓施行時の請求点数に人工腎臓処置料が加算されたものからなる。図 3 は慢性腎不全の入院期間の比較である。われわれの班研究において人工腎臓を行った場合における在院日数は平均で合併症なしが、19.33 日、合併症ありが 33.33 日と有意に短縮されていた。ちなみに、包括

の場合の基準平均日数は各々 25.27 日、33.38 日である。症例数を増やし、地域格差などの配慮をしたデータは近日中に報告できると思う。表 3 に腎臓・尿路系疾患の DRG 分類の平均入院期間、相対係数、DRG 償還点数の一覧を示す。日進月歩の医療の世界では常に DRG の分類をはじめ相対係数、ベースレートなどの手直し、改革に目を光らせていかなければならない。

8 結 語

日本ではドクターズフィーとホスピタルフィーが明確にされないままの、日本版 DRG/PPS への見切り発車の感が強いと認識している。しかし、なかには、日本は医師の診療報酬を一本化にして支払っている実態があるので、これらを分けるのは意味が

表 11 慢性腎不全請求点数 (研究班:透析技術を除く)

	保存期	人工腎臓				CAPD	
		合併症 (-)	合併症 (+)		合併症 (+)		
			導入期 加算(+)	導入期 加算(-)	導入期 加算(-)	人工腎臓 (併用)	
班 研 究	92,035	131,614	118,891	118,736	119,052	73,801	196,281
(幾何平均)	64,514	78,421	85,178	90,093	80,378	50,200	173,069
償 還 点 数	62,721	69,283	89,883	89,883	89,883	89,883	89,883

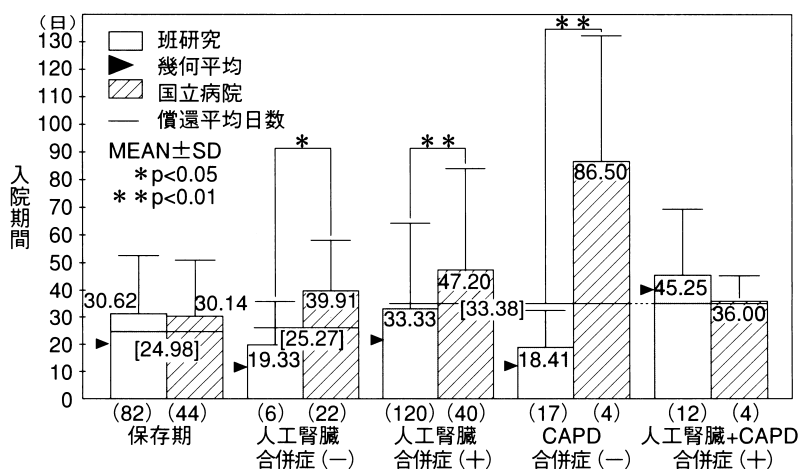


図 3 慢性腎不全入院期間 (国立病院との比較)

無いという意見もある。導入当初の基礎償還点数は現在までのデータ・ベースによっているが、医療機関にとって比較的メリットがあるように思えるが、これはアメリカのメディケア導入時の手厚い保障や老人医療の包括支払いの状況のように大盤振る舞いの感もある。一旦制度が出来ると闇に化けなければよいと思う。

臨床研修病院、大学病院などの教育に関する取り扱い、相対係数などはどうなるのであろうか。医学教育は社会的財産と考えると複雑で且つ無視できない問題点である。アメリカでは財政難を理由に政府などの教育機関への助成を減少させてきている。

韓国の包括医療の実態は、在院日数の短いもの、白内障、虫垂炎、扁桃腺摘出術、正常分娩および帝王切開の5種類に限って対象となっているが、国際通貨基金（IMF）の援助によるため、圧力が強く、DRG/PPSの範囲が拡大・追加が検討されている。また、ドクターズフィーとホスピタルフィーを区別しており参考にすべき点もあるように思う。

アメリカに於ては、これまで医療の皆保険化（皆保障化）が実現出来ていないのは、自由と自主を誇りとする国民性のため、医療についても個人の責任で対処するのが当然と考え、歴史的に、医療供給体制が自由診療制、民間保険制度が発達、アメリカ医師会の公的医療保険制度の創設に伴う医療への国家権力の介入に反対していること、などによる。昨年のクリスマスに無保険者問題も忘れないでという「Santaへのお願い」という記事がワシントンポスト紙に掲載された。連邦政府もこの問題に取り組む姿勢が見られる。

アメリカの保険制度の現実を「おもしろ、おかしく」表現した恋愛喜劇の「恋愛小説：As Good As It Gets」の映画を見れば、アメリカに追従する

には少なくとも問題があると思うだろう。

国際比較や欧米ではどうだと言う言葉をよく耳にする。ゼロからの作業が無くなることは、時間とコスト面からは節約になることも事実ではあるが、風土、習慣も大差のあるわが国の現況、医療費、人件費、生活費などを十分考慮した上で、欧米と比較し、診療報酬単価や調整係数の確立を模索することが大切である。特に患者のためと言うが、実際患者になってはじめて驚くことがないようにと願う。

日本に於いても包括支払い導入は避けられない環境である。日本の皆保険制度、自由なアクセスという、オリンピックの金メダルのような価値のあるものが多数存在する体制のもとでの急激な導入は影響が甚大であろう。しかし、改革には痛みや犠牲は少なからず伴うのも事実である。現時点ではデータを集積し慎重に解析・検討し、日本に適した日本版DRGを作成し、出来るところから実行していくのが实际的である。

いまから、経営全体を合理化し、質の維持向上に努めながらコスト削減に全力で、激化の予想される競争に打ち勝つ戦略を立てることが望まれる。

文 献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部：疾病、傷害および死因統計分類、昭和54年度版。厚生統計協会、東京、1978.
- 2) 厚生省保険局試行調査検討委員会資料・報告書（含む：「急性期入院医療の定額払い方式の試行」実施要綱）。1997, 1998.
- 3) JETRO New York, Health & Welfare Department：The America Report. 1997, 1998.
- 4) 川淵孝一：DRG/PPSの全貌と問題点。業業時報社、東京、1996.