

DPC と透析医療

伏見清秀

東京医科歯科大学大学院 医療政策学講座 医療情報・システム学分野

key words : 包括評価, 診断群分類, DPC, 医療費, 医療の質

要 旨

急性期病院へ導入されてきた DPC 包括評価において、透析医療の評価方法の妥当性は十分に検証されていない。調査データの解析から慢性透析患者では副傷病として慢性腎不全を有する症例の医療資源必要度が、透析医療に必要な医療資源を上回っていて、複雑な病態となっていることが示された。一方、急性血液浄化療法では、特に重篤な症例が多く、包括評価点数の設定が充分でない可能性が示唆された。DPC 包括評価においての透析医療の評価の適正化を図る必要がある。

緒 言

平成 15 年 4 月から急性期入院医療の包括評価が特定機能病院などへ導入され、その後包括評価の試行的適用あるいは試行調査の形で約 300 の急性期病院にまで拡大する兆しを見せている。この包括評価の特徴は、日本独自の診断群分類 DPC (diagnosis procedure combination) が利用されていること、DPC 毎に 1 日あたり定額の包括医療費が定められていること、医療機関毎に異なる償還点数が設定されていることなどである。厚生労働省が入院医療の包括評価の基本方針を示したことから、DPC 包括評価がわが国の急性期入院医療の診療報酬評価の基幹となっていくと考えて良いであろう。

DPC 包括評価が導入されることに対しては、従来

の出来高払い制の下で培われてきた医療機関の経営戦略を抜本的に見直す必要がある。包括評価に対する医療機関の戦略的対応としては、適切に DPC コードを決定し医療費収入を確保すること、入院中およびその前後を通して診療処置を計画的に実施し、また過剰な診療を避けること、そして、当然のことであるが、提供する入院医療の質を確保することの三つの座標軸に関連づけて整理するとわかりやすい。

特に、透析療法を必要とする入院症例では、合併症を持ち重症であることが多い。そのため検査、投薬注射、血液浄化療法などの処置が多いことや、血液透析、血液吸着、血漿交換などの技術料部分は出来高払いであるが、これらに伴う抗凝固薬、ダイアライザー、吸着カラム、血漿製剤などの比較的高額な薬剤・材料は包括支払いとなっていることなど、DPC 包括評価において十分な償還点数が確保されない危惧がある。そこで、本研究では、透析療法の質的向上と DPC 包括評価の適正化に寄与するために、特定機能病院などで実施されている透析療法の実態を明らかにすることを目的とした。

1 対象・方法

まず、2002、2003 年の 7 月から 10 月に収集された包括評価のための調査データから、血液透析、血漿交換、血液吸着療法いずれかの手技料または薬材料が算定された症例のうち、医療資源病名または副傷病などに慢性腎不全および慢性腎炎に関連する傷病名が存在

しない症例を急性血液浄化療法実施症例として抽出した。

一方、同じデータから血液透析実施症例のうち医療資源病名または副傷病が慢性腎不全である症例を慢性血液透析療法実施症例として抽出した。

これらの症例の特徴、平均在院日数、診療行為の内容などを集計して比較分析した。

2 結果

1) 慢性血液透析症例の分析

2003年の調査データで血液透析を実施した症例の

うち、医療資源を最も必要とした病名（医療資源病名）が慢性腎不全である症例は1,859例、副傷病に慢性腎不全のある症例は1,537例であった（図1）。これらの症例の平均在院日数は、血液透析の実施が無く傷病名に慢性腎不全の無い症例（対照例）に比べて長く、対照例の平均値との差は、医療資源病名が慢性腎不全である場合は+9.0日、副傷病が慢性腎不全である場合は+5.4日と、前者のほうの入院期間が長くなる傾向を示した（図2）。これは、血液透析導入に伴う手術、処置、検査、指導等の多くの医療サービスを提供する必要性を反映しているものと考えられる。

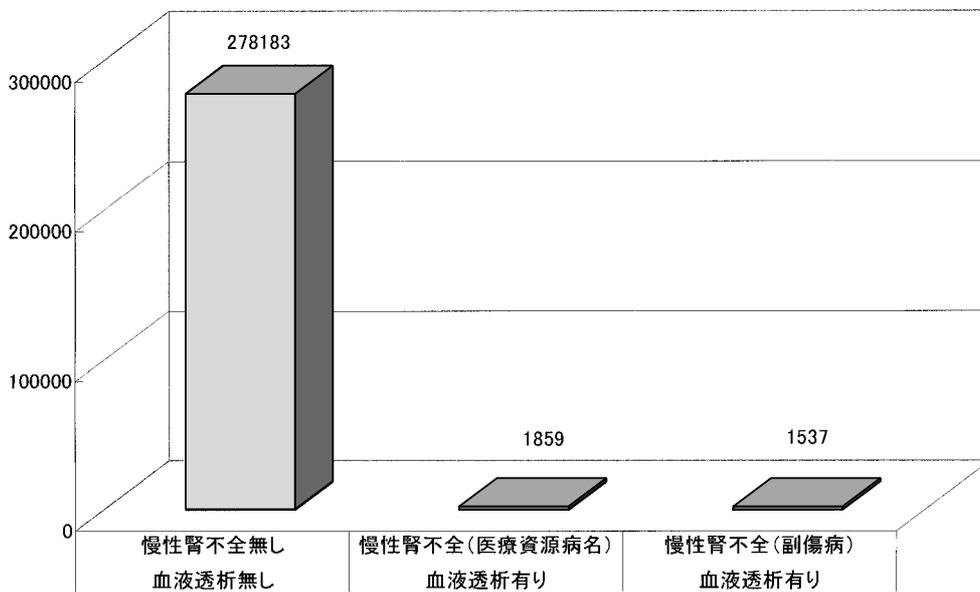


図1 慢性血液透析症例数
(2003年7月から10月)

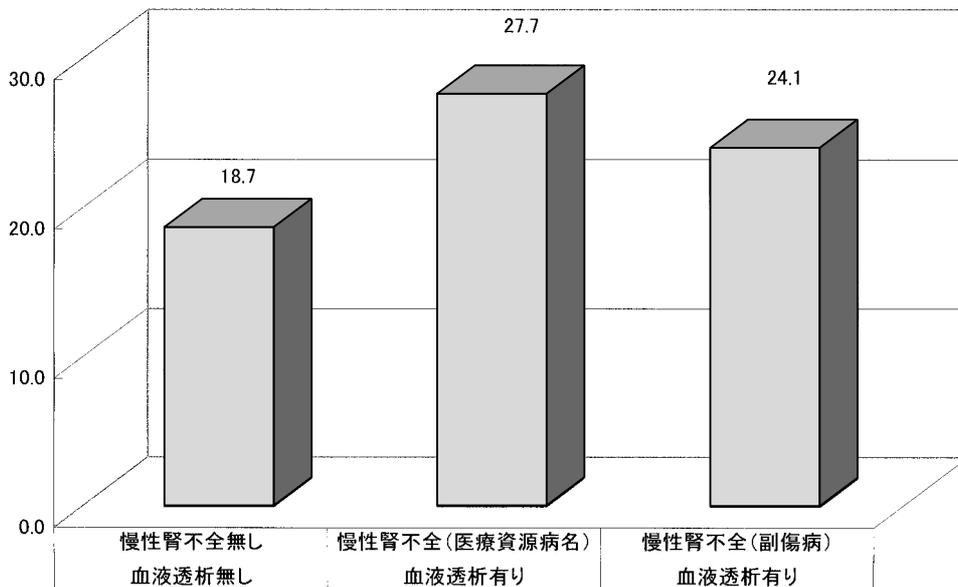


図2 慢性血液透析症例の平均在院日数

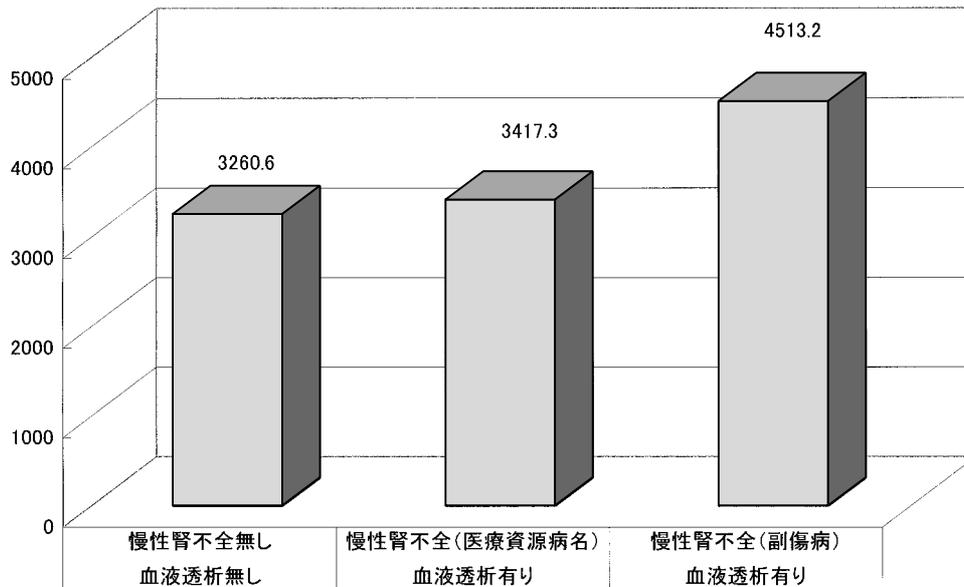


図3 慢性血液透析症例の1日あたりの包括部分の出来高点数

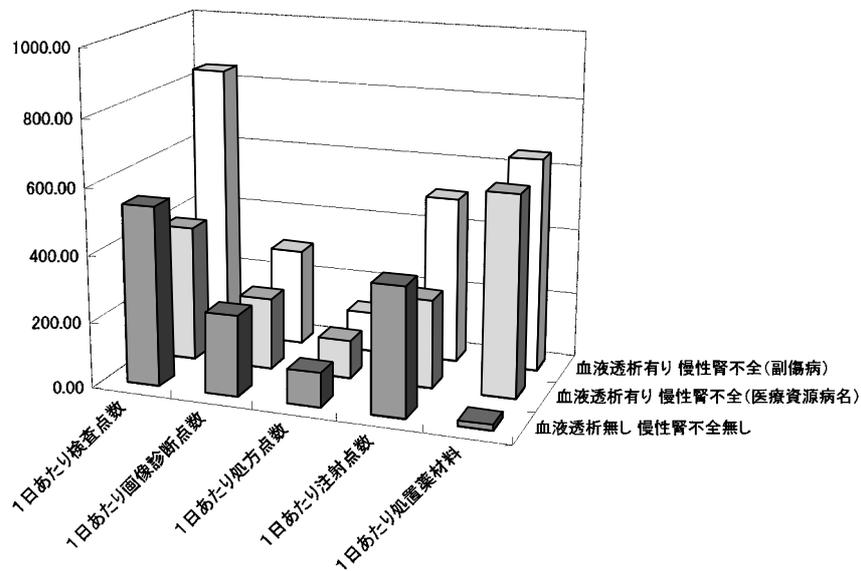


図4 診療区分別の1日あたり包括部分点数の比較

ついで、慢性血液透析症例の医療資源の必要度を、1日あたりの包括評価部分の出来高点数（包括部分点数）として対照例と比較した。包括部分点数には、入院料、検査料、画像診断料、処方料、注射料、血液透析に係わる薬剤と材料などの大部分が含まれている。血液透析実施症例の1日あたりの包括部分点数は対照例より高いことが示された（図3）。医療資源病名が慢性腎不全である場合は対照例との差は1日あたり約160点であったが、副傷病が慢性腎不全である場合はその差は1日あたり1,250点にもなっていた。在院日数では医療資源病名のほうの影響が大きかったのと対照的に、医療資源必要度では副傷病の影響が大きいこ

とが明らかとなった。

慢性血液透析症例の医療資源必要度が高い理由を分析するために、診療区分別の1日あたり出来高点数を比較した（図4）。医療資源病名が慢性腎不全である場合は、処置の薬剤・材料料が対照例に比べて非常に高くなっているのが特徴であったが、注射料や検査料は対照例より少ない傾向にあった。これは在院日数が長いために、1日あたりに換算した検査や注射の量が少ないことに起因すると考えられる。

一方、副傷病に慢性腎不全がある症例では大きく異なる傾向が認められた。処置に関する点数が高いのは同様であるが、そのほかすべての項目の1日あたり点

表1 急性血液浄化療法実施症例の主診断名

DPC コード	DPC 傷病名分類	症例数	平均在 院日数
050050	狭心症, 慢性虚血性心疾患	211	28.5
110290	急性腎不全	184	37.9
050160	大動脈瘤	149	47.1
160160	敗血症その他の感染症	119	34.0
060270	劇症肝炎, 急性肝不全, 急性肝炎	105	32.0
070560	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	100	52.2
050030	急性心筋梗塞, 再発性心筋梗塞	94	36.3
050130	心不全	80	42.5
130100	播種性血管内凝固症候群	77	35.0
010130	重症筋無力症, 神経障害(その他)	67	46.7
060370	腹膜炎, 腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く)	61	44.7
010110	免疫介在性・炎症性ニューロパチー	47	38.9

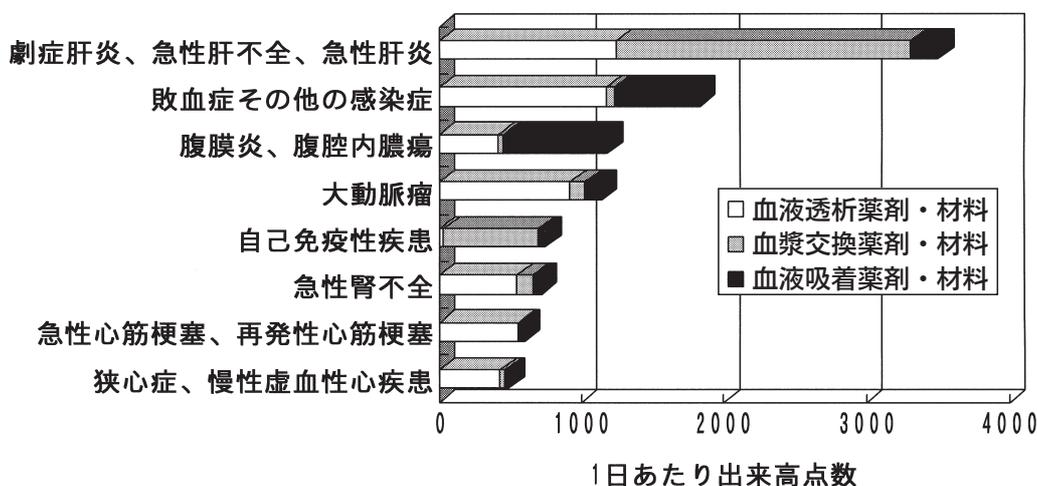


図5 包括評価に含まれる血液浄化療法関連薬剤・材料の主要疾患別の1日あたり点数

数が対照例より高く、特に検査と注射の点数の差が大きいことが際だっていた。これは、副傷病として慢性腎不全を持つ症例が、透析治療のみでなく、広く様々な形で医療資源の投入を必要としていることを示していると考えられる。

2) 急性血液浄化療法症例の分析

集計された急性血液浄化療法実施症例は、2002年では1,437例、2003年では1,693例となった。この数値からは、全国の特定機能病院での年間の急性血液浄化療法実施症例は約4,500例であることが推測される。

急性血液浄化療法実施症例の特徴としては、粗死亡率が約30%と全体の粗死亡率約2.5%より著しく高く重症例が多いと考えられること、男女比が約1.9:1、平均年齢が約59歳と全体に比して男性が多く、約8歳高齢であることが明らかとなった。表1に示す疾患が主であった。

急性血液浄化療法実施症例の医療資源必要度を見ると、平均在院日数が約37日と非常に長く、1日あたりの包括評価部分出来高換算点数が約14,000点と全体の平均の3倍近いことが明らかとなった。この診療区分別の内訳を見ると、特定入院料、注射、処置、手術などが全体の平均に比べて4~30倍と非常に大きくなっていることが明らかとなった。包括評価部分に含まれている血液浄化療法関連の薬剤・材料費を見ると、狭心症・慢性虚血性心疾患、急性腎不全、大動脈瘤、急性心筋梗塞などでは血液透析薬剤・材料の要因が大きく、自己免疫性疾患と劇症肝炎・急性肝不全・急性肝炎では血漿交換薬剤・材料が、また、敗血症、腹膜炎では血液吸着薬剤・材料が多く使用されていることが明らかとなった(図5)。

ついで、包括支払い点数と包括部分の出来高換算点数の差額の要因について解析した。この差額は、従来の出来高支払い制であれば得られたであろう収入と現

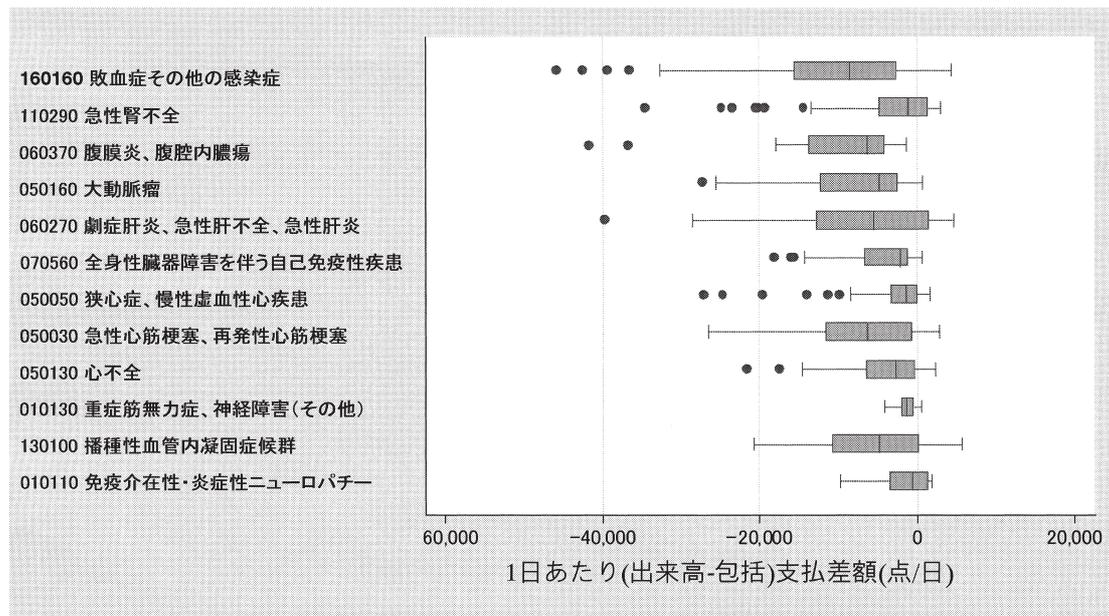


図6 急性血液浄化関連症例の主要疾患別の出来高換算点数と包括評価点数との差額

行の包括評価支払い制における実際の収入額の差額であるが、出来高支払い制が比較的個別の診療行為と密接に関連していることからより医療コストに近い値を示しているため、この差額をもって、近似的に収支バランスを検討する一つの参考情報とすることができる。当然のことであるが、実際の症例あたり医療費収支の解析のためにはより厳密な医療コスト分析が必要であるため、この包括—出来高差額のみをもって収支を論じることは大きな危険を伴う。

分析の結果、包括点数と出来高点数の差額は大部分の症例で1日あたり1,000点以下であったが、一部の症例では包括点数が出来高点数より非常に少なく、特に在院日数の短い症例でそれが顕著になる傾向にあった。包括点数が出来高点数より極端に大きい症例はほとんど見られなかった。

ついで、包括評価点数設定の疾患別妥当性を検証するために、主要疾患別に包括評価点数と出来高換算点数の差額を集計した。図6に示すように、急性心筋梗塞、劇症肝炎、敗血症症例で急性血液浄化療法を実施した場合、包括点数は出来高点数に比して低く設定されていると考えられた。

3 考察

DPC 包括評価の調査データから、慢性血液透析症例での医療資源必要度が明らかにされた。慢性腎不全を主たる病名として入院する症例では、在院日数の点

での医療資源必要度が大きく、1日あたりの医療資源必要度としては、透析治療に関する薬剤・材料が多くなっているもののあまり大きくはないことがわかった。

一方、慢性腎不全を副傷病として入院する症例は、透析治療に関する薬剤・材料のみならず、検査、注射を含めて非常に大きな医療資源を必要とすることが示された。これは慢性透析患者が入院治療を受ける際に、それ以外の患者に比べて多くのケアを必要とすることを示していると考えられる。同じ疾患で入院する場合でも慢性透析を受けている患者の場合は、透析治療に係わる医療資源に加えて、併存する病態や合併症などの状況のために、より複雑な病態となりやすく、医療資源の必要度が高くなるためと考えられる。

このことは、DPC 包括評価において慢性腎不全が併存し血液透析を受けている入院患者に対して、単に透析医療に見合う医療資源を手当てするのみならず、より複雑な病態を取りうるということに対しても、医療資源をより多く手当てする必要があることを意味している。

急性期入院患者の透析治療の評価方法には

- ① DPC 診断群分類として評価する方法
- ② 透析医療の部分はある一定の定額加算として評価する方法
- ③ 透析医療に係わる手技料、薬剤・材料料を出来高として評価する方法

の3法がある。

現在の DPC 包括評価点数の設定は①であり、調査データに基づく実態に沿った評価であるので、現状が正確に反映されうる仕組みであると言えよう。方法②は一見合理的に見えるが、透析症例での透析に必要な医療資源の加算などの設定の仕方を誤りやすい。本研究で示されたように、併存症として透析を必要とする症例は、単に透析治療にとどまらずに複雑な病態を取りやすいと考えられるので、単に透析に必要な医療資源のみに局限して加算を設定することは適切では無いであろう。方法③も同様の理由で、透析患者の複雑な病態が反映されなくなってしまう危険性が高い。

ただし、方法①によって慢性透析患者の医療資源が適切に評価されるためにはいくつかの前提条件がある。まず、適切な DPC 診断群分類が必要である。特に、透析療法などは「手術・処置等 2」の項目で設定されているので、慢性透析を併存している患者が一定数以上いる DPC 分類では、透析関連の条件を設定し、適切に評価をする必要がある。

第二の問題点として、医療提供者側にも十分な注意を喚起する必要がある問題であるが、方法①は、調査データに基づいて各診断群分類の点数が決定される仕組みとなっているため、医療提供者が適切な医療を提供しない限り、その実態が評価されないということである。つまり、透析の必要な患者に対して必要十分な医療を提供することで、透析に関する包括評価の点数が合理的なものに設定されるということである。

透析の回数、薬剤、材料などを「節約」すると次回の評価点数が相対的に低下し、十分な診療報酬が得られなくなるということになる。目先の利益を追求しすぎると透析医療そのものに対する診療報酬評価が低下するのである。この問題点は、いままであまり指摘されていなかったが、DPC 包括評価が定着し、点数設定の仕組みが固まってきた以上、今後は十分に注意を払う必要がある。

急性血液浄化療法においては、このような分析によって、全国規模で急性血液浄化療法の実態が明らかとなったことの意義は大きいと考えられる。一方、DPC 包括評価では、急性血液浄化療法に対する評価が充分でない可能性が示唆された。特に、処置等の評価において医療資源必要度が非常に高い血液浄化療法が、医療資源必要度のあまり高くない処置と同列で評価されている問題が大きいと考えられた。今後は、処置等に関して DPC 分類の精緻化と包括点数の合理的再評価などを強く求めていく必要があると考えられた。

結 語

DPC 包括評価において、急性期医療における維持透析の評価と、急性血液浄化療法の評価の二つの視点から調査データを検討した。透析医療の質の確保と向上のためには今後も DPC 包括評価における透析医療の評価方法に十分に注意を払う必要がある。