

## 医療保険の改革と診断群別包括支払方式の考え方

日本福祉大学経済学部 川 淵 孝 一

### ■DRGとは何か

DRGとはDiagnosis Related Groupの略で、国際疾病分類(ICD)で1万以上ある病名コードを人件費、医薬品費、医療材料費などの医療資源の必要度から統計上意味のある500程度の病名グループに整理し、分類する方法をいう。元来は、病院運営の無駄を省いて生産性を上げるために開発されたマネジメント手法のひとつである。具体的には患者に使ったマンパワー、薬剤や医療材料、入院日数、コストなどのデータをできるだけ多くの病院から集め、一定の疾患ごとに分析することでそれぞれ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。換言すればDRGは一般産業界のQC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。

しかしながら、1983年にアメリカ連邦政府(HCFA)がDRGを用いた包括支払方式(Prospective Payment System)を65歳以上の老人保険制度メディケアのパートA(病院の支払方式)に採用したことから、DRG=包括支払方式というイメージで世界的に知られるようになった。

### ■日本版DRG/PPSの施行

厚生省も米国で起こったことはいずれ必ず日本にもやってくると言われるが、わが国でも「日本版DRG/PPS」の施行が始まっている。具体的には国立病院など、10病院で急性期医療の包括化に向けた施行が、1998年11月1日より始まっている。その実施要項の概要は表1の通りである。

診断群は183に分類され、基本的には「基礎償還点数(38,803点)×相対係数(診断群に応じて決定)」の計算式で点数が決定する。そのほかに調整点数がつく一方で、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払いで算定される。さらに診断群毎に例外的に長期とみなす在院日数である「特定入院期間」が決められており、仮にこの日数を超えた場合は一定の救済措置が設けられている。

それではこの実施要項は果たして有効なのか。米国のDRG/PPSと比較してみよう。

### 1. 診断群分類/サンプル数

まずDRGの数だが米国の厚生省にあたるHCFA(医療財政庁)が使用しているDRGの数は492となっている。これと比較すると、当初試行調査検討委員会がまとめた第1次案では251分類であったものが、最終的に絞り込まれたという経緯があるとはいえ、183の診断群分類はラフすぎる。

さらにサンプル数も当初3万件あった患者データがデータ処理の過程で15,822件となり不十分である。DRG/PPSの開発は、患者のデータと病院のコストデータを集め、分析することから始まる。一般的には200~300病院から1,000万件程度の患者の入退院記録と患者別のコストデータがそろえば理想的な分析ができるとされている。これをふまえるとわが国のサンプル数は非常に少ないと言える。個々のデータの正確性もまた同様に重

要であり、当初は入手可能なより正確なデータの分析からスタートし、今後はサンプル数を多くするとともに、診断群を増やしていくべきであろう。

## 2. 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、実施要項では医療費をベースに計算されている。通常この調整点数は各 DRG ごとの部門別原価の比を用いて計算されることが多い。また先述したように、現行の診療報酬が診療原価から乖離し、医療費の分配が強調されているために弊害が生じており、その是正を目的とした DRG/PPS の導入ということを考えると、調整点数はあくまで診療原価をベースにすべきであると考ええる。

## 3. 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 は各疾病ごとのコストの比を示しているだけなので、包括支払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。このベースレートの設定次第で医療費総額は大きくも小さくもなるため、ベースレートの設定は通常政治的プ

ロセスを通して決定されるべきである。

実施要項ではベースレートは38,803点（388,030円）となっている。ちなみにアメリカでは地域や病院の種類によって多少差はあるが、大体4,000ドル（約44万円）程度に設定されている。もちろん単純比較はできないが、日本は入院1日当たりの点数は低いが平均在院日数が長いことを考えると、入院1件当たりの医療費総額はアメリカと比べてあまり差がないことがわかる。

また、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などについては基礎償還点数に含まれない。つまり包括の範囲外となっているわけである。これは、アメリカではドクターフィーは DRG/PPS から除外されていることを反映したものとされるが、わが国においてもホスピタルフィーとドクターフィーを分離するか否かは大きな論点となろう。

## 参考文献

- 1) 川淵孝一著「DRG/PPSの全貌と問題点ー日本版診断群別包括支払方式の開発は可能かー」（薬業時報社、1997年発行）
- 2) 川淵孝一著「DRG/PPS導入の条件と環境ー求められる日本版診断群別包括支払方式のインフラ整備」（薬業時報社、1998年発行）

表1 「急性期入院医療の定額支払い方式の試行」実施要項（抜粋）

① 診断群分類/183分類（退院時に主治医が実施）

② 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 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 処置料(1,000点未満)/薬剤料 特定保険医療材料料

* 出来高対象項目 手術料 麻酔料 放射線治療料 リハビリテーション料 処置料(1,000点以上) 入院時食事療養費
--

③ 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

④ 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

地域加算

重症者等特別療養環境加算

放射線治療病室管理加算

— (入院環境料)

看護補助料 — (看護料)

救急医療管理加算

入院診療計画加算

— (入院時医学管理料)

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月超え3月以内	11点	( " )
3月超え6月以内	7点	( " )
6月超え	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月超え2月以内	16点	( " )
1月超え3月以内	13点	( " )
3月超え6月以内	9点	( " )
6月超え	6点	( " )

⑤ 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。

⑥ 特定入院料算定患者の取扱/特定入院料（救命救急入院料および特定集中治療室管理料等）を算定する対象患者に係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→現行の医科点数によって算定した額

イ. ア以外の期間

$$\text{定額報酬の額} \times \frac{\text{入院日数} - \text{特定入院料算定期間}}{\text{入院日数}} + \text{出来高報酬の額}$$