

——臨床検査専門医会振興会セミナー——

第 21 回日本臨床検査医会振興会セミナー 包括医療 (DPC) に向けた臨床検査の対応—どうなる, どうする臨床検査— 厚生労働省の立場から

厚生労働省保険局医療課企画官

矢 島 鉄 也

キーワード：診断群分類, DPC, 包括評価, 一日定額払い, 特定機能病院

1. はじめに

平成 15 年 4 月 1 日から, 特定機能病院に新しい診療報酬の支払い方法が導入されました。ただし, 実施まで猶予期間を 3 ヶ月間設けておりますので, 全ての特定機能病院が新しい支払い制度になったのは 7 月です。

特定機能病院の一般病棟は従来の出来高による支払い方式から包括評価による支払い方式になりました。これは, 特定機能病院の機能を適切に評価し, その機能にふさわしく良質で効率的な医療を提供するという観点から, 「診断群分類」を活用した新しい包括払い制度を導入するものです。

2. 制度の概要

対象となる病院は大学病院本院, 国立がんセンター中央病院, 国立循環器病センターといった, 高度な医療を提供する病院で, 全国で 82 施設です。

包括評価制度の導入にはカルテが重要な役割を果たします。傷病名には国際疾病分類である ICD10 をコーディングする必要があります。また, そのコーディングが正しく設定されているかを検証するための診療情報の管理体制も重要です。さらに, 診療情報に関するデータを電子的に処理する必要があるため, 院内の IT 化が重要となります。

特定機能病院には地域医療機関との役割分担も

求められています。地域で手に負えない診断や治療の難しい患者さん, 重症な患者さん, 難病の患者さんを引き受ける機能が期待されています。そのため高度な医療を提供することが求められています。したがって, この機能を適切に評価し, 実践するためのシステムを構築することが求められています。

包括評価の対象となる患者さんは一般病棟に入院している患者さんです。一般病棟に社会保険で入院している患者さんの約 9 割が対象になると考えられています。精神科病棟, 結核病棟に入院している患者さんは対象となりません。その他包括評価の対象とならない患者さんは, 入院後 24 時間以内に死亡された患者さん, 薬事法の治験 (医師主導の治験, 医療材料の治験を含む) の対象となる患者さん, 臓器移植患者さんの一部, 高度先進医療の対象患者さん, 回復期リハビリテーション病棟入院料等の急性期以外の特定入院料の算定対象患者さんです。その他厚生労働大臣が定める者という枠を用意しておりますが, 現時点では対象となる疾病は定められておりません。

3. 制度導入までの経緯 (表 1)

特定機能病院の包括評価が中医協で議論が始まったのは平成 13 年 11 月 7 日です。その後, 中医協での議論を経て, 平成 14 年 2 月 20 日に諮問・答申され, 1 年後の平成 15 年 4 月までの間に導入することが 3 月 8 日の官報に告示されました。

表1 制度導入までのスケジュール

	調 査	中 医 協
6月	6月4日全国説明会 6月11～19日 ブロック別説明会	
7月	7月1日データ収集開始	
8月		
9月		
10月	第1回中間とりまとめ(診療情報関係)	9月27日 中医協 10月16日 中医協 (中間集計Ⅰ)
11月	第2回中間とりまとめ(点数関係) 11月25日 データ提出締め切り	10月30日 中医協 (ヒアリング) 11月27日 中医協 (中間集計Ⅱ) (包括評価の範囲) (請求方法等)
12月	12月19日 全国説明会 修正データ最終提出締め切り	12月18日 中医協 (診断群分類β版)
1月		1月22日 中医協 (診断群分類原案) 1月29日 中医協 (最終集計) (診断群分類別係数)
2月		2月5日 中医協 (診断群分類別在院日数) (ヒアリング) 2月26日 中医協 (諮問・答申) (診断群分類点数表) (医療機関別係数)
3月	3月3日全国説明会 3月17～20日 ブロック別説明会	3月10日 官報告示
4月	4月1日 制度開始	

厚生労働省では、この制度を導入するに当たって対象となる82病院全てからデータを収集しました。収集したデータは昨年の7月～10月の4ヵ月間に退院した全ての患者さん、26万7千人分のカルテ情報、レセプト情報です。(出産、自賠責等の他保険の分も含めると約29万件になります。)このデータ収集に先立ち、6月4日に包括評価導入のための全国説明会を行いました。データ収集には特定機能病院の先生方、病歴室、事務部門の方々に非常にご努力をいただき感謝して

おります。全国説明会では診断群分類の案についても公表し、大学病院等の先生方から多くの意見をいただきました。9月から本格的な議論が中医協で始まり、大学病院の代表の方々にも中医協に参加していただき制度導入に関する課題等についてヒアリングが行われました。最終的に診断群分類点数表が2月26日に諮問・答申、3月10日に官報告示され、4月1日から実施されることになりました。

4. 算定方法(図1)

診療報酬の額は包括評価部分と出来高部分を合算した額となります。包括評価部分の点数は診断群分類毎に定められた1日当たり点数と医療機関毎に設定された医療機関別係数と入院日数を掛け合わせた点数の合計です。包括評価の範囲は、主にホスピタルフィー的要素である、入院基本料、検査(内視鏡、心カテ検査、検体採取・診断穿刺を除く)、画像診断、投薬、注射、1000点未満の処置等です。出来高算定となる範囲は主にドクターフィー的要素である、手術料、麻酔料、1000点以上の処置、心臓カテーテル法による検査、内視鏡検査、検体採取・診断穿刺、指導管理料、リハビリテーション、精神科専門療法等です。

診断群分類毎の1日当たり点数は、在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価する観点から、在院日数に応じて3段階に設定されています。入院日数の25パーセンタイル値(入院期間 I)までは平均点数に15%加算、25パーセンタイル値から平均在院日数(入院期間 II)までの点数は、平均在院日数まで入院した場合の1日当たり点数の平均点が、1日当たり平均点を段階を設けずに設定した場合と等しくなるように設定、平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%で算定、平均在院日数から標準偏差の2倍(特定入院期間)を超えた場合は、その超えた日以降は、出来高により算定します。

医療機関別係数は機能評価係数と調整係数を足し合わせたものです。機能評価係数は医療機関の

機能を評価するための係数で、入院基本料等加算を係数化したものです。調整係数は医療機関の前年度実績を担保するための係数で、診断群分類による包括評価に係る医療費が平成14年7月～10月の医療費の実績に等しくなるように各医療機関毎に設定したものです。

5. 診断群分類(DPC : Diagnosis Procedure Combination) (図2)

診断群分類は、入院患者の分類方法であり、もともとは患者毎の医療資源の使われ方を比較するための枠組みです。世界の様々な国で、それぞれの国の医療実態にあった診断群分類が導入され、様々な形で医療機関への支払い方法の枠組みとして活用されています。例えば米国では1入院単位での支払いの基礎として活用されていますし、英国、仏国では予算配分の配分係数の基礎として活



図2 診断群分類数のまとめ

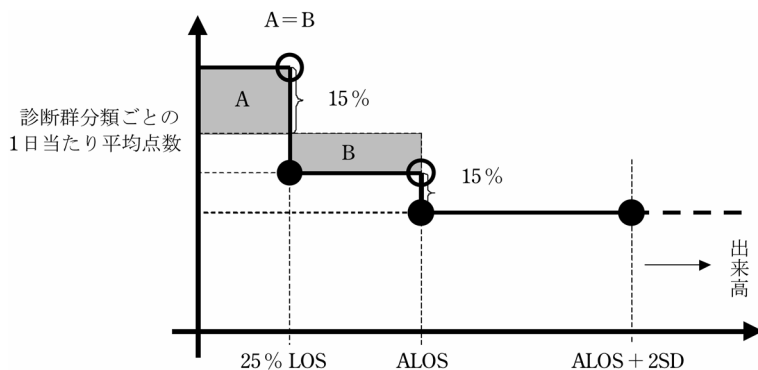


図1 一日当たり点数の設定について

用されています。日本では、平成10年11月から国立病院等10病院で、診断群分類を活用した1入院単位での包括評価の試行事業が実施されています。

包括評価の基礎となる診断群分類は、専門家による臨床的観点からの検討、特定機能病院から収集したカルテ及びレセプトのデータ(平成14年7月～10月の全退院患者、26万7千人分)に基づき開発されたものです。診断群分類は、575傷病、2552分類ですが、包括評価の対象となるものは、そのうち1860分類です。1860分類に該当しない患者は、従来どおりの出来高払いの算定となります。

今回、特定機能病院の包括評価で導入された診断群分類は第3版になります。第1版は平成10年11月から実施された国立病院等10病院の試行事業で使用され、分類数は183分類です。第2版は平成14年4月から民間病院等対象医療機関が拡大された時に導入され、診断群分類は532分類(包括支払い対象は267分類)です。

日本における診断群分類は、まず、傷病名(医療資源を最も投入した傷病名)により分類します。次に診療行為(手術・処置等)、重症度等により分類します。傷病名は国際疾病分類(ICD: International Classification of Disease)によりコーディングを行います。手術・処置については診療報酬点数表のKコード、Jコード等で定義します。重症度については、傷病ごとに評価する重症度の指標を設定しています(図3)。

診断群分類の基礎となるのは、医師による診断と診療行為の組み合わせです。特に重要なのは、

「医療資源を最も投入した傷病名」の決定です。「医療資源を最も投入した傷病名」とは、入院患者の入院期間全体を通して、治療した傷病のうち、最も人的・物的医療資源を投入した傷病名です。1入院中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病名」は1つに限ります。「医療資源を最も投入した傷病名」が不明な時点では、「入院の契機となった傷病名」に基づいて診断群分類を決定します。診断群分類では副傷病(合併症と表現する場合があります。)の有無も重要です。副傷病の有無を条件にしている診断群分類は、診断群分類毎に副傷病が定義されています。定義された副傷病を1つでも合併していれば副傷病有の条件を満たすことになります。医学的な副傷病が存在しても、定義告示で定義されていなければ副傷病無しと分類されます。重症度の有無で診断群分類が分かれている場合にはその指標(例えばJCS等)が診断群分類別に指定されています。

日本の診断群分類を説明する場合、米国のDRG制度と誤解され困ったことがよくありました。そこで、日本の制度は米国の制度とは違うことを明確にするために、英語で説明する場合は、DPC(Diagnosis Procedure Combination)と表現します。これは日本の診断群分類が「医師の診断」と「診療行為」の「組合せ」で決まることからこのような表現が考えられました。この名称は厚生労働省診断群分類研究班班長の産業医科大学松田晋哉教授のご提案により決められたもので、DPCは日本独自の名称です。診断群分類は米国だけでなく欧米やアジア等で広く導入されていますが、それ

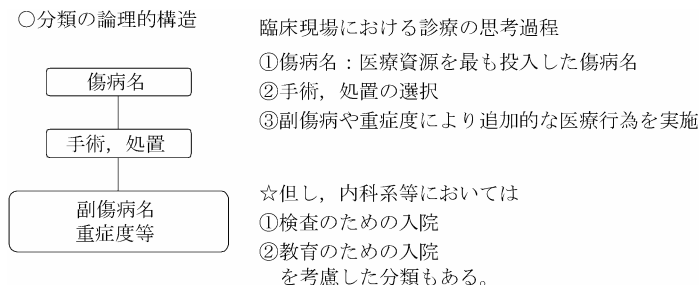


図3 日本における診断群分類構築の基本的考え方

それぞれの国の医療実態にあった形で診断群分類が開発され、様々な形で医療機関への支払い方法の枠組みとして活用されていますが、米国と同様のDRG/PPS制度を導入している国は米国以外にはないようです。ちなみに英国の診断群分類はHRG (Health Resource Group) と呼ばれています。

6. RDDL方式によるデータ収集とDPC電子点数表

今回、特定機能病院からデータを収集するにあたり、提出データの標準的仕様を保健医療福祉情報システム工業界(JAHIS)診断群分類ワーキンググループの協力で作成しました。これはレセプトデータダウンロード方式(RDDL方式)と呼ばれるもので、レセプト電算処理システムを活用したデータ提出方法です。この方式により、各医療機関はレセプトデータ提出の負担を減らすことができました。この方式による成果を踏まえ、診断群分類点数表についても、電子的な対応を行うことができるようになりました。これは将来のDPC電子点数表につなげることができると考えています。

今回、特定機能病院から提出されたデータについてはコンピュータによる形式チェックの他、提出された約29万件の全てのデータについて診療情報管理士による病名とICD10コードの目視チェックが行われました。その結果、データ精度の

向上を図ることができ、データクリーニングで分析の対象となったデータ数は26万7千件になりました。

今年も昨年と同様、診断群分類見直しのための調査を7月から10月までの退院患者さんを対象に行います。今年度の調査は、特定機能病院に導入された診断群分類に基づく包括評価制度の影響評価の一環として、特定機能病院との医療機能の比較を行うため、調査研究事業でデータ収集を行っている国立病院、社会保険病院、民間病院等も対象に行われます。

7. 医療資源を最も投入した傷病名(図4)

診断群分類を行うためには、今回の入院において医療資源を最も投入した傷病名を確定することが求められます。「医療資源を最も投入した傷病」とは診断群分類を決定する際に最も基本となる情報で入院患者さんの入院期間全体を通してみて、治療した傷病のうち、最も人的・物的医療資源を投入した傷病です。1入院中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限ります。「医療資源を最も投入した傷病」が不明な時点では、「入院の契機となった傷病」に基づいて診断群分類を決定します。

図4 診断群分類で使用する傷病名

-
- ・主傷病名
 - －退院時サマリーの主傷病名
 - ・主治医が専門性の見地から最終診断としたもの
 - －入院の契機となった傷病名
 - ・主治医が入院を必要と判断し、必要な治療や診療行為を投入すべきと考える傷病名(疑い病名を含む)
 - －医療資源を最も投入した傷病名
 - ・医療資源を最も投入した(又は診療報酬点数が最も高い)と判断した傷病名(判断できない場合はマンパワーの投入量を加味)
 - ・副傷病名
 - －入院時併存症
 - ・入院時、又は治療開始時に既に患者が持っていた病態で、主傷病の治療に影響をもたらす疾患、又は全体的な資源投入量に影響をもたらす疾患病態
 - －入院後発症疾患
 - ・入院後、又は治療開始後に発症した病態で、主傷病の治療に直接関連した疾患病態
-

平成10年11月から実施された国立病院等10病院における試行事業では、主傷病名の種類は1つでした。しかし、このことが医療現場に誤解を招いたため、「医療資源を最も投入した傷病名」、「入院の契機となった傷病名」、「主治医が専門的見地から重要だと考える主傷病名」の3つに分けて分析する手法が、松田研究班の国立病院九州医療センター医事専門官 阿南誠さんをはじめとする診療情報管理士により提案され採用されました。この手法の導入により、医療現場で受け入れ可能な診断群分類の実現に一步近づくことができたと考えています。また、現場からの要望の強い、複数 DPC の導入の可能性を検討するため、7月から10月の退院患者さんの調査では「2番目に医療資源を投入した傷病名」についてもデータ収集を行うことにしています。

診断群分類の基礎となるのは、「医師による診断」と「診療行為」です。特に重要なのは、「医療資源を最も投入した傷病名」の決定です。診断群分類に関する留意事項として副傷病の有無があります。副傷病の有無を条件にしている診断群分類は、診断群分類毎に副傷病が定義されています。定義された副傷病を一つでも合併していれば「副傷病あり」の条件を満たします。医学的に副傷病があっても、定義告示で定義されていない場合は「副傷病なし」となります。その他の留意事項として重症度等の有無があります。重症度の有無で診断群分類が分かれている場合にはその指標が診断群分類毎に指定されています(JCS等)。

診断群分類の決定方法は、まず、医療資源を最も投入した傷病名を決定し、次に医療資源を最も投入した傷病に対応する ICD10 が分類されてい

る診断群分類の検索を行い、診断群分類を決定するために必要な診療行為等に基づき診断群分類を決定します。

8. 学会の役割

診断群分類による包括評価制度の導入により、従来、病院は患者さんに対して行った診療行為を個別に請求していましたが、今後は、患者さんの診断に基づき支払いが行われることになります。そういう意味で、医療現場では医療の質に対する考え方、特に病名に対する重要性が増してきます。診療報酬の基本が「診断」になるため、病院は「診断」に関する情報を迅速かつ正確に伝達するシステムづくりが重要になります。また、病院は今以上に診断を正確に行う必要があるため、医療の質が益々重要になります。病院の経営の観点からは、患者さん毎に投入したコストを正確に把握し管理することも重要になります。医療情報の標準化が行われることにより、医療機関の情報インフラが整備され、電子カルテ、電子レセプトが普及することが期待されます。診断群分類の概念が導入されたことにより、診療内容毎の病院間比較や、診療内容等に関する情報の提供が患者さん、家族に進むことが期待されます。

診断群分類が導入されたことにより、学会に期待される役割も大きく変わります。診断群分類毎のデータを比較し、患者さんに適切な情報を提供することが益々重要になります。学会もデータベースを持ち、データに基づいた診断群分類精緻化の提言をしていただくことが期待されます。学会主導による診療ガイドラインの作成や重症度分類の作成が期待されます。