

第 104 回日本精神神経学会総会

教 育 講 演

包括評価の課題と現場の対応 —— DPC と慢性期から精神科医療は何を学ぶか? ——

池 上 直 己 (慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授)

包括評価とそれに対する点数の設定を理解するためには、まず診療報酬改定の仕組みを、次いで包括評価を導入するための条件をそれぞれ説明する。そのうえで、導入の条件を DPC と慢性期包括評価がどの程度満足しているかを分析する。次に、包括評価導入後の医療現場における対応と、それを踏まえての再改定について解説する。最後に精神科医療に包括報酬を導入する際の課題を整理する。

診療報酬の改定

改定は 3 つのプロセスより構成され、第 1 は全体としての改定率の決定で、首相による閣議決定である。医療費の 4 分の 1 は国の一般財源から手当てしなければならないので、財務省として、価格 (診療報酬) の改定率が決まらなないと、そのために必要な財源を次年度の予算に計上することができず、予算も作成できない。したがって、予算を年内に決めるためのタイムリミットである 12 月中旬ごろまでに改定率を決めなければならない。

第 2 のプロセスが薬価等の改定で、薬価調査で医療機関が実際に購入している価格が調査され、新しい薬価は、各銘柄別の加重平均された購入価格に 2% 上乗せた額に改定される。例えば 1 錠 100 円の薬が 90 円で購入されていることが明らかになれば、新薬価は 92 円となる。さらに新薬

について、メーカーの予測よりも売れている場合には「再算定」によって棒引きされ、また、後発薬が登場した先発薬についても棒引きされる。

第 3 のプロセスが、第 1 の財源枠に、第 2 の薬価等の引き下げで浮いた財源を足して、その範囲で行われる個々の診療行為の点数改定である。これは、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会 (中医協) が行っており、例えば 2008 年度改定において産科手術料の引き上げに見られるように、基本的にはバランス感覚とマスコミの報道内容を受けて政策的に決めている。しかし、客観的なデータも一定の役割を果たしており、医療機関の経営状況を調査する「医療経済実態調査」によって、例えば精神科病院が他の病院種と比べて厳しいことが明らかになれば、精神科の点数を上げる根拠になる。また、各診療行為の回数は、「社会医療診療行為別調査」によって明らかにされるが、この調査は各行為について行った点数改定が、全体として第 1 と第 2 のプロセスによって規定された財源の範囲に収まるように調整する際に使われている。

以上のようにアドホックに決まる現状に対して、より適切で、エビデンスに基づいて改定する方法が模索されているが、大きな障壁が立ちだかっている。「適切な」医療サービスの範囲を決めることは難しく、患者によって異なることはもちろ

んだが、医師によっても異なるので規定しにくい。また、医師の報酬や生産性を規定することも難しく、さらに患者の求めに対してどこまで保険で給付するかを決めるのも難しい。

包括評価

包括評価は、患者の病態等の特性によって患者を分類し、分類に対応した報酬額によって包括的に支払う支払方式である。分類によって報酬額が決まるので、医師はその範囲で診療をしなければならない。医師による相違は少なくなるが、患者の相違によるコストの相違が反映されなくなる。また、医療費を抑制する方法として、出来高払いの場合は、個々の診療行為の点数と請求条件を調整できたが、包括評価の場合は分類の点数を全体に直接下げなければならず、調整できる範囲が狭まれる。

包括評価を導入する際に、以下の3つ条件を満足するべきである。これを踏まえて、DPCと慢性期の包括評価で、それぞれどの程度満足しているかを分析する。そして十分に満足していないために、どのような状況が発生し、それに対して新たな政策的な対応がなされているかについてそれぞれ解説する。

①患者分類の開発

患者の傷病やケアの程度、および手術や処置の内容等から、臨床的にも、コスト的にも均一な分類を、患者特性とコストのデータに基づいて開発する。なお、包括評価は、各医療機関で標準的な医療が提供され、同じ分類ならコストも同じに発生することが前提となっている。

②病院の提供する情報の信頼性の担保

報酬額は、患者がどのグループに分類されたかによって決まるので、分類のために用いる患者のデータの信頼性を担保する必要がある。そのためには用語やコーディング方式を統一し、コーディングの適切性を検証するために医療記録の監査体制を整備する必要がある。

③医療サービスの質の担保

包括的評価では、処方や検査をせず、入院して状態の観察だけを行って退院させれば病院の利益は最も大きくなる。また審査しようとしても、レセプトには基本的には分類名のみが記載され、提供された診療内容は分からない。したがって、出来高払い以上に質の評価が重要であり、指針への順守等を調べるプロセスの評価、および転帰等のアウトカムの評価をそれぞれ行う必要がある。

DPCの導入とその課題

DPCは、中医協の支払側委員が、出来高払いでは青天井となるので、包括評価によって医療費を抑制したい、という要望を受けて導入された。しかし、診療側委員の反対で特定機能病院等に限られ、また手術料・特定保険医療材料等を出来高に残し、さらに1入院当たりの包括ではなく、1日当たりの包括化とした。分類は各専門医の臨床判断によって、コスト調査を行わずに開発され、報酬額は当該分類に分類された患者の出来高払いの実績に基づいて決められた。そのうえ医療機関調整係数によって、各病院の導入前の出来高払いで請求した時の報酬額と、包括評価で支払った際の差額を保証したので、医療費を抑制する直接の効果はなかった。

包括評価の条件として、①はコストの調査を行っていないため満足せず、また②は診療録管理加算と標準レセ電算マスター、③は実質的に10対1の看護にそれぞれ留まっている。こうした好条件もあって、DPC対象病院は2003年の導入時の144病院より、2008年度には718病院に拡大し、一般病床の3分の1を占めている。さらにDPC対象病院になるためにデータを提出しているDPC準備病院を加えると、2010年度には半数を占めると予測される。

DPCの導入によって、病院としての医療の標準化、および平均在院日数と病床の管理が進んでいる。弊害に対応するため、3日以内の再入院は同じ入院と見なすなどの改定が行われた。また、診療報酬全体の引き下げ分0.82%だけ全体の係

数が引き下げられた。なお、診断群分類の中に精神科は含まれているが、DPCによって支払われているのは一般病床に限られており、精神病床の場合はデータの提出のみがなされている。

慢性期入院医療の包括評価導入

慢性期包括評価を導入した当初の目的は、医療保険の療養病床において、医療ニーズの高い患者のコストを補償し、介護保険との機能分化を図ることであった。だが、2006年度の診療報酬の改定で療養病床が医療費の引き下げの標的となり、また療養病床を削減することが目的に加わったため、分類の数は5つに減り、医療区分1に対しては老健以下の点数が設定された。

包括評価の条件として、慢性期では、①については満足されたが、②と③については全く担保がなく、医療保険の療養病床に対して全て、無条件に包括評価が導入された。こうした状況もあって、医療現場では不採算な医療区分1の割合を5割より3割に減らし、その結果、収支は多少悪化した。他の病院種と比べて依然として高い水準を維持した。2008年度の診療報酬の改定では、分類基準の変更も点数も改定も微調整に留まったが、②と③を担保するために、褥瘡、ADLの低下、尿路感染、身体抑制のある患者の割合を計算し、治療・ケアの確認リストに従って医療を提供し、記録することが義務付けられた。

精神科医療における包括評価導入の課題

精神科の入院医療は、施設基準に従って、患者

特性に拘わらず、基本的に同額が支払われている、精神科では、診断名よりも状態像によってコストが決まるので1入院当たりよりも1日当たりの包括報酬の方が適している、病床が過多であると認識されている、という点で慢性期における包括評価の導入前における状況と類似している。しかし、報酬がすでに老健以下であること、分類には急性期も含めなければいけないこと、および触法患者は社会的入院でないこと等が異なり、こうした状況から包括評価を導入する外圧はない。

しかし、現状のままに推移すると、全体としてジリ貧になり、また患者の高齢化（在院患者の高齢化、新入院患者の高齢化）への対応が難しくなる。さらに障害程度区分が中間施設に適用されることによって医療ニーズへの対応が困難になろう。なお、精神科において、病棟や中間施設の機能分化が課題となっているが、「施設の機能」と「患者のニーズ」がマッチし、入退院・転棟が適宜・適切に実施されるためには、行政として強力に指導・監査しなければならない。したがって、どこに入院（所）していても、患者のニーズに対応したケアコストを補償する包括評価の方がより適切であるが、点数の設定については政策次元において別途働きかけるべきであろう。

文 献

- 1) 池上直己：医療問題一改訂3版。日本経済新聞社、東京、2006
- 2) 池上直己：DPCと慢性期一包括評価の要件と今後の課題。社会保険旬報、2338：10-19、2008