

Japan-U.S. health policy project
Policy Recommendation

日米医療政策プロジェクト 政策提言

Volume 2.

HOW CAN JAPAN'S DPC INPATIENT HOSPITAL
PAYMENT SYSTEM BE STRENGTHENED?

Lessons from the U.S. Medicare Prospective System

日本におけるDPCによる入院患者の医療費支払制度
の強化に向けて
米国メディケアの包括支払い制度から教訓

Gerard Anderson and Naoki Ikegami

August 2011



HGPI Health and Global
Policy Institute

CSIS

CENTER FOR STRATEGIC &
INTERNATIONAL STUDIES

Japan-U.S. health policy project
Policy Recommendation

日米医療政策プロジェクト 政策提言

Volume 1.

HOW CAN JAPAN'S DPC INPATIENT HOSPITAL
PAYMENT SYSTEM BE STRENGTHENED?

Lessons from the U.S. Medicare Prospective System

日本におけるDPCによる入院患者の医療費支払制度
の強化に向けて
米国メディケアの包括支払い制度から教訓

Gerard Anderson and Naoki Ikegami

August 2011



HGPI Health and Global
Policy Institute

CSIS

CENTER FOR STRATEGIC &
INTERNATIONAL STUDIES

日本におけるDPCによる入院患者の医療費 支払制度の強化に向けて

米国メディケアの包括支払い制度から教訓

Gerald Anderson 池上直己

2011年8月

CSIS について

戦略国際問題研究所 (CSIS) は政府、国際機関、民間部門、市民社会の政策決定者に対し、戦略的見識と超党派的政策の解決策を提供する。ワシントンD.C.に本部を置く超党派の非営利団体であるCSISは、調査分析や将来と変化を見据えた政策提言を行う。

東西冷戦の最中にDavid M. Abshire とAdmiral Arleigh Burke によって創立されたCSISは、米国が世界の善に資する力として、その地位と繁栄を持続する方法の探求に専念してきた。1962 年以来、CSIS は世界に秀でた国際政策機関の一つに成長し、220名を超える常勤スタッフ、そして国防安全保障、地域の安定、エネルギー・気候問題から国際開発・経済統合に至る国境を越えた課題の研究に専念する学者の大規模なネットワークを擁するに至っている。元米国上院議員Sam Nunnが1999年にCSIS評議委員長となり、John J. Hamreは2000年から、会長兼事務総長としてCSISを主導している。

HGPI について

日本医療政策機構 (HGPI) は 2004 年の設立当初より、市民主体の医療政策を実現すべく、独立のシンクタンクとして、それまで行われていなかった幅広いステークホルダーの結集を実現し、社会に新しい政策議論の場を提供してきた。多様な価値観を尊重し、グローバル社会における個人の責任ある行動に基づく、持続可能でより豊かな社会を実現するために、新しいアイデアや価値観を提供し、グローバルな視点で社会にインパクトを与え、変革を促す原動力となることを目指している。HGPI は特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持するという行動指針にもとづき、将来を見据えた幅広い観点から、政策に関心を持つ市民に選択肢を提示し、調査分析のみならず多分野のステークホルダーを結集し、創造性に富み実現可能な解決策を示すべく活動している。

CSIS 及び HGPI は特定の政治的立場を取らない。従ってここに記す見解はすべて、著者一人の意見として理解されるべきである。

© 2011 年本論文の著作権は戦略国際問題研究所 (CSIS) 及び日本医療政策機構 (HGPI) が保有する。

戦略国際問題研究所 (CSIS)
1800 K Street, NW, Washington, DC 20006
Tel: (202) 887-0200
Fax: (202) 775-3199
Web: www.csis.org

日本医療政策機構 (HGPI)
〒100-0014
東京都千代田区永田町1-11-28 7階
TEL: 03-5511-8521
FAX: 03-5511-8523
Web: www.hgpi.org



目次

序文	1
背景	2
日本の支払い制度への懸念.....	3
提言の要約.....	4
具体的提言	5
1. DPC 分類制度を拡大し、すべての患者を対象とする.....	5
2. DPC 支払い制度をすべてのコストを網羅できる制度に拡大する.....	6
3. 入院あたりの支払い制度を導入する.....	7
4. 病院の特定の施設特性に応じた診療報酬の補正を終了する.....	8
5. 他の医療サービスも網羅できるように制度を拡大する.....	9
6. すべての病院の参加を義務付ける.....	10
7. 転院、外れ値及び短期入院に対応する.....	11
8. 継続的に病院と診療報酬を監視する.....	12
最後に.....	13
参考文献.....	15

序文

戦略国際問題研究所(CSIS)及び日本医療政策機構(HGPI)は、日米両国が直面する医療政策課題について共同に取り組む試みとして日米医療政策プロジェクトを2011年初めに立ち上げた。両国でのこれからの新しい医療政策は、現在及び将来においても手頃な料金で、誰でも利用可能でかつ質の高い医療サービスがほしい、という国民の要求に応える必要がある。医療サービスにおいて効率を高めることは両国にとって長期的な経済成長を再生・維持するためにも極めて重要である。

両国の専門家や識者・指導者層による対話を重視した方法は、双方がお互いの医療制度の類似点から学ぶ機会を得られることである。特に、日本と米国の医療制度においては複数の医療保険会社が存在し、診療報酬による支払制度や多数の独立の病院や医者が存在する点で共通点がある。

本プロジェクト ―― 初めての試み ―― では日米の専門家や政治家に両国が直面している医療制度の課題や解決策の共通点を認識し共有することである。

本プロジェクトの目的は日米の医療サービスにおける死活的な分野で、新しい角度からの分析や提言を導き出すことである。現実的な次のステップとして医療政策課題の優先順位をつける踏み込んだ議論の場を提供する。さらに、医療サービスの質と効率化を高めるために、現実的で行動に移すことが可能な選択肢をそれぞれの重要な政策領域で示すことである。

本プロジェクトはまず、医療サービス情報システムの開発及び病院支払制度改革のデザインについての政策の選択肢に焦点を当てた。

ジェラルド・アンダーソン氏と池上直己氏の共著による本CSIS・HGPI報告書「日本におけるDPCによる入院患者の医療費支払制度の強化に向けて：米国メディケアの包括支払い制度から教訓」では、医療費支払制度改革について取り上げる。米国における30年にも及ぶメディケア支払制度の教訓から、OECDの4倍といわれる日本の平均在院日数や、現在の日本の支払制度下における病院の非効率性について改善案を示唆するものである。アンダーソン氏はジョンズ・ホプキンス大学ブルーンバーグ公衆衛生大学院にて医療政策と管理学の教授であり、池上氏は慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授である。

2011年1月にCSIS及びHGPIによる日米医療政策ダイアログが開始されて間もなく起こった3月11日の東日本大震災や福島原発事故を受けて、CSISとHGPIは次のステップにおいて震災が及ぼす医療制度やサービス全体への影響についての対処に焦点を当て、日米両国の最大限の協力を引き出すことを目指している。

ブライアン・バイルズ
ジョージ・ワシントン大学医療政策教授

永井良三
東京大学医学系研究科循環器内科学教授
東京大学病院 TRセンター センター長

日本における DPC による入院患者の医療費支払制度の強化に向けて

米国メディケアの包括支払い制度からの教訓

Gerald Anderson、池上直己

背景

日本が2003年に入院医療費について包括払い制度を導入する20年も前の1983年に米国ではメディケアの下で入院医療費の包括払い制度が導入された。

日本が包括払い制度を導入した当時、経済成長は全体的に停滞気味で、税収入も全般的に伸びる傾向がなく、医療費の伸びも極めて緩やかな時期にあった。この間、全人口に占める65歳以上の割合が、早くも先進国の中で最も大きくなっていて日本では、人口の高齢化に伴うコストに対応していた。日本は、それまで30年間にわたって、医療費の抑制に成功していたものの、特に、高齢社会に対応するために新しい医療サービスを導入していたこともあり、医療費を抑えることを目的とした新しいアプローチを必要としていた。

2003年4月、日本版急性期入院医療支払制度が施行された。DPC (Diagnosis Procedure Combination: 診断群分類) 包括評価の名前で知られるこの制度は、21の専門団体から収集した情報を踏まえ、医療システムの研究者によって設計されたものである。初めに、特定機能病院として認定されている一級の病院82施設から導入され、そのデータを基に分類制度が評価され、点数が設定された。

米国が1983年に導入したメディケアの包括払い制度 (PPS: Prospective Payment System) は、診断群 (DRG: Diagnosis Related Groups) を基準に、メディケア制度における医療費を抑制し、病院間で幅があった診療報酬や在院日数の格差を縮めることを主目的として設計されたものである。一定の条件を満たすすべての病院にメディケアPPSへの参加が義務付けられた。当制度は、エール大学の医療関連研究者の知見を参考に、連邦政府によって設計されたが、ニュージャージー州でも、以前に同様の制度が開発され、実施されていた。

両国の制度には以下のような様々な共通点がある。

1. 病院部門は医療費の最大の割合を占めている。日本では、病院部門が全医療費の50パーセントを占め、その内35パーセントは入院医療である。米国では、30パーセントを占めている。したがって、医療費の抑制を目的とするならば、病院部門、とりわけ入院医療から対策を実施することが合理的である。
2. 私立病院が何千施設もある。

3. 何百もの保険者が病院に支払っている。しかし、日本ではすべての保険者に対して同じ診療報酬が適用されている一方で、米国ではメディケアはPPSに従って負担しているが、その他の保険者はそれぞれ個別のレートを病院側と設定している。
4. 保険者は医療機関に対する支払いを出来高払い制度によって行っている。
5. 一部の病院における患者の在院日数に対する懸念、並びに病院による技術効率性及び配分効率性の両面の達成を目的に支払い制度の見直しが行われた。

ここでは、日本の入院医療の支払い制度の現状の考察に資するねらいで課題を概観する。米国のメディケアのPPSは、日本のDPCによる支払い制度よりも20年もの長い間、診療報酬の支払方式として機能しており、病院がとった行動に応じて様々な対応策を導入してきた。米国では、医療経済学及び医療サービスの研究インフラがすでに確立されているため、包括支払制度について様々な構成要素の分析が可能であり、米国の支払い制度の各要素が既に入念に分析されている。

日本の支払い制度への懸念

これまでに複数の国際機関や海外のコンサルティング会社が日本の医療制度を分析しており、その多くは、日本の制度が一般的に低コストであり、優れた成果を出していることを評価している。しかし、経済協力開発機構(OECD)、欧州医療制度監視機関(European Observatory)及びコンサルティング会社のマッキンゼーアンドカンパニーは、いずれも診療報酬制度の見直しが必要な時期であることと指摘している。各団体とも、病院部門の実績と日本の診療報酬制度がもたらすインセンティブに対して懸念を示している。

日本でDPC制度が導入されたとき、様々な妥協を余儀なくされた。支払者側は、包括払いに対応したアプローチを望み、病院側は医療行為毎に単価を決める出来高払いを維持したい考えであった。医療サービスが標準化されておらず、病院によって在院日数が大幅に異なっていた。一方で、様々な理由により、一年以内に支払い制度を設計しなければならない事情もあり、結果的に一連の妥協を避けることはできなかった。

これらの妥協の一つとして、DPCの分類が各専門分野の医師によって考案されたことが挙げられる。その結果、DPCの多くの診断群は症例数が不十分であったり、費用に大きな開きがあったりする。そのため一部のDPCは新制度の対象にならず、従来通り出来高払いの対象のままとなっている。また、DPC制度の診療報酬額は1入院あたりではなく、1日あたりで設定されており、出来高払い方式の場合に得られる請求額と、DPCの下で支払われる金額の差を保証する調整係数が設定された。また、新制度は比較的少数の病院しか導入の対象にならなかった。

今、これらの妥協点を見直すべきタイミングを迎えている。中には、病院運営の非効率化、必要以上のコストの引き上げや在院日数の長期化の原因となるものもある。最近では、東日本大震災に対応するためにも、日本の医療制度の効率的な運営が益々不可欠となっている。

現在、日本では、DPCによる急性期医療の支払い制度について以下のような複数の課題が示されている。

1. DPC制度による診療報酬額を調整するための医療機関別調整係数
2. DPC制度の枠組みの外で診療報酬の相当部分が支払われていること
3. DPC制度の対象外となっている症例の数
4. 一日当たりの支払い方式
5. 病院の特性に応じて適用される係数
6. 監査メカニズム

提言の要約

日本が診療報酬制度改革を続ける中で検討すべき具体的な変更として、主要なものが4つ、及び専門的なものが5つ挙げられる。

これらの変更が実際に実施される相乗的な効果として、診療報酬額の包括化をすべての病院のすべての患者に拡大することができるであろう。すべての支払いがDPCの対象となり、それは入院毎に1件当たり計算されるようになる。非効率な医療サービスの提供を支える医療機関別調整係数も廃止される。

追加的なデータなしでは、これらの変化によって実現される技術効率性及び配分効率性を予測することは不可能ではあるが、著しい変化をもたらすと考えている。

最も重要な変更として以下の4つが挙げられる。

1. 従前の診療報酬制度の名残で現在も継続されている各要素についてはいつまでも維持せず、すべて段階的に廃止する。
2. 現在はDPC対象病院の収益の3分の1について出来高払いによっているが、今後はすべてDPCの包括対象とする。
3. 現状では、DPCの全分類の約40パーセント、入院患者の10パーセントについては診療報酬が依然としてDPCによる支払いの対象外となっているが、DPCによる支払い制度をすべての入院医療に適用する。
4. 現在は、1日あたりの計算方式を採用しているが、一件毎または入院毎に支払額が設定される診療報酬制度に移行する。

また、日本が検討すべき専門的課題として以下に5項目挙げる。

1. 看護師の配置や特定の医療行為に対する支払を廃止し、その代わりに医療のアウトカムに基づいた支払い追加的に行う。
2. 個別のレセプトではなく、病院全体のケースミックスにより監査を実施する。
3. 病院におけるDPCの分布が都道府県毎にどのように異なるか分析する。

4. DPCによる支払いを入院医療以外の医療サービスに拡大する。
5. すべての病院に対して、急性期医療における一定の品質基準の達成及びDPC制度への参加を義務付ける。

具体的提言

日本は、わずか1年の準備期間を経て、2003年にDPC制度を立ち上げた。診療報酬制度を定期的に見直すことは重要であり、その際、米国のDRGによる支払い制度のアプローチを用いて日本のDPC制度の実績及びインセンティブを評価することが有効であろう。

提案する変更点が現行制度にどのような影響を及ぼしうるかは、追加的データなしでは正確に予測し難いが、これらの変更を実施することによって技術効率性及び配分効率性が改善され、その結果、医療費の削減につながる可能性があると考えている。

これらの提言が採用されれば、その複合的影響としてすべての病院のすべての患者が制度の対象となる。全支払がDPC制度の対象となり、診療報酬は疾病毎に支払うことになる。医療機関毎の調整係数は廃止されるため、技術効率性及び配分効率性は増加する。

現行のDPCによる診療報酬制度に対して次の8つの具体的な変更を検討することを提言する。

1. DPC 分類制度を拡大し、すべての患者を対象とする

現行の日本の診断群分類制度では、患者が約2700の診断群に分類されるが、実際に診療報酬の支払いに使用される分類はそのうちの約1900に過ぎない。

残りの800の診断群分類は、点数を設定するには、集団として小さすぎる(患者数が20人未満)または(出来高払い額または在院日数の変動係数が1より大きいために)変動が大きすぎるので対象となっていない。この800の診断群に分類された患者については依然として出来高払いであり、その総数はある程度減少したものの、分類の見直しがコストベースではなく、臨床的根拠に基づいて行われているため、依然として高い。

米国では、患者の状態はメディケアの重症度分類(MS-DRG: Medicare severity diagnosis related grouping)によって判断される。臨床症状は、患者の主傷病名、すなわちメディケアの受給資格者の入院の契機となったもの、並びに副傷病名として入院時併存及び入院後発症など最大8つの要素によって説明される。また、治療計画は、手術・投薬にかかわらず、最大6項目の治療手順に関して入院中に実施したか否かによって示される。

米国のMS-DRGでは、335の基本DRGを設けており、そのほとんどが、併存疾病、合併症(CC)、または重大な合併症(CC)の有無によってさらに2つから3つの小分類に分けられる。退院先及び特定医薬品の使用も、主傷病名及び治療手順とともに基本DRGの構成要素として考慮される場合がある。

MS-DRGによってメディケアのすべての患者が、医療資源の利用度合いが同水準とされる類似の臨床問題ごとに分類される。現行版では、746の臨床分類に分かれているが、その総数はほとんど毎年更新される。日本と異なり、すべての患者がMS-DRGの746分類のうちのいずれかに割り振られ、

DRGベースの支払いを受ける。

米国のメディケア制度では、MS-DRGを毎年見直し、各分類の対象となる症例が臨床的に条件の近いものであり、同量の入院医療資源を必要とするものであることを確認する。その結果、臨床的に類似の症例の小分類であっても、使用される医療資源の量が著しく異なることが判明した場合には、メディケア・メディケイド・サービスセンター(CMS)によって、資源の使用量が同水準の別のMS-DRGに再分類されるか、新たなMS-DRGが設定されることが多い。

米国のメディケアと日本の分類制度の大きな違いは、メディケアではすべての入院患者がいずれかのMS-DRGに分類され、MS-DRG の分類に応じて病院に支払うのに対し、日本では、すべての症例が包括支払いの基準となる診断群分類に分類されておらず、2700あるDPCのうち800分類についてはDPC制度に基づく支払いの対象となっていない。

提言：日本は、すべての患者が、症例数が十分で変動幅が小さいDPCの分類に収まるように、診断群分類を見直すことを検討すべきである。

このような見直しを実行するためには、まずDPCの概念が、臨床に基づく分類体系から、臨床とコスト水準の同質性の両者に着目したものに移行しなければならない。

上記は、米国のメディケア制度においても、また他国の診療報酬制度においても達成できている。

2. DPC 支払い制度をすべてのコストを網羅できる制度に拡大する

日本では、外科手術、内視鏡検査、リハビリ治療、使用器具、外科手術当日に投与される医薬品についてはDPCによる支払い制度の対象外となっている。その結果、病院の入院収入の約3分の1は、出来高払いとなっている。

出来高払いの対象となる医療サービスの提供量についての制約が緩い。出来高払いの金額が膨らんでいるかどうかを知るには情報が不足しているが、理論的には、DPCによる支払いよりも急速に増加すると予測できる。DPC制度の対象とならない医療サービスのコストを増やすことへの経済的なインセンティブが病院側に働く。そのため、医療費を抑制するインセンティブは低く、むしろ出来高払いの医療サービスをより多く提供しようとする動機付けとなり、配分効率性・技術効率性ともに改善の道を阻害されてしまう。

診療報酬に占める出来高払いの要素の増加率は、監視する必要がある。日本は、出来高払い部分とDPCの対象部分との間で、診療報酬額の増加率及びそれぞれの対象となる医療サービスの量を比較すべきである。

米国では、3500施設以上の病院がメディケアと契約を結んでおり、急性期入院医療を提供し、診療報酬の全額をMS-DRGに基づいて受けている。MS-DRGによる支払額は、医療提供者が高水準の医療サービスを効率的に提供する際に必要とされるすべてのコストが賄えるように計算されている。

米国内の各病院の経費は、一連の詳細な様式にメディケア費用報告書として記録される。営業費用には人件費と消耗品費が含まれ、資本費用には減価償却費、支払利息、賃借料、不動産関連の保険料、

租税公課が含まれる。メディケアでは、MS-DRG別に、その診断群における患者の処置にかかるコストの相対的な全国平均を、標準的な診断群の平均コストに照らし、相対ウェイトを計算する。毎年、各MS-DRGについて、包括払い制(PPS)の標準コストに基づき重みづけを再調整する。MS-DRG別診療報酬には、医師の費用以外のすべてのコストが含まれている。

米国内の病院は、新技術に対して追加的な支払いを受けられる場合が非常に稀にある。その場合、メディケアは、開発会社からの申し込みや、追加的な支払の要請を、新規性や臨床的な便益の観点から評価する。新技術に対する支払いは、MS-DRGに基づく診療報酬に追加的に行われるものであり、予算に影響がないわけではない。

生活費の地域格差を調整手段として、メディケアでは営業費用及び資本費用の基準レートを、地域別賃金指数を用いて調整し、予想される地元労働市場の格差を反映させている。賃金指数は、各地域の医療従事者の平均時給を、全国平均と比較したものであり、毎年、病院が報告する賃金データに基づき改訂される。

メディケアにおける診療報酬は、事業費用及び資本費用の基準支払レートに対して一連の調整を施した結果算出される。基準レートは毎年更新され、その他政策的変更がなければ、すべてのMS-DRGの支払レートも同率で引き上げられる。診療報酬は全入院期間を対象とするものであり、例外的な支払いが発生するような特別かつ稀な場合を除いては、当該患者の実際の在院日数によって左右されることはない。

メディケアでは、効率的な医療施設で入院医療にかかると思われる営業費用及び運転費用に関するデータを用いて標準支払い率が決定される。

提言：日本はすべての診療報酬をDPCによる支払いの対象とすること検討すべきである。

3. 入院あたりの支払い制度を導入する

米国のメディケアの支払い率は1入院あたりの率である。患者は、在院期間にかかわらず同じ金額の支払いを受ける仕組みになっている。在院期間が非常に長期に及んだり、非常に経費がかかったりする、極めて例外的な患者については別途支払が発生することもある。

一方、日本の制度は、非常に複雑な1日あたりの支払い制度であり、入院期間が長くなるほど支払額が低下する。各DPC分類の1日あたり点数に、その患者の在院日数が乗じられるが、その1日あたりの点数は在院日数の長期化に伴い次第に低下していく。入院期間は、4つの支払期間に分けられ、各期間の区切りはDPC毎に異なり、DPC対象病院から提出されたデータを基に隔年に再設定される。

入院期間定義は次のように規定される。

- ・ 入院期間Ⅰ: 最も在院日数が短い患者から第1四分位の患者の退院日まで
- ・ 入院期間Ⅱ: 第2四分位の患者の退院日まで
- ・ 入院期間Ⅲ: 在院期間の標準偏差の2倍となる日
- ・ 特定入院期間: 入院期間Ⅲの翌日以降

患者の在院日数が特定入院期間に達した場合、診療報酬は以下のように計算される。

Σ (入院期間Ⅰの点数) × (入院期間Ⅰの日数) + (入院期間Ⅱの点数) × (入院期間Ⅱの日数) + (入院期間Ⅲの点数) × (入院期間Ⅲの日数) + (特定入院期間 = 出来高払い)

マクロレベルのコストをDPCがどの程度含めることができたのかを評価するのは困難である。

すべての急性期病床の平均在院日数は、2003年に20.7日間だったが、2008年には18.8日間にまで下がった。一方、新規入院件数は2.4%伸びている(厚生労働省, 2005, 2010b)

提言: 日本は1入院あたりの支払い制度の導入を検討すべきである。このような新制度によって、平均在院日数が短縮化され、入院初日から患者の治療に当たる病院に経済的インセンティブを与えることができる。

4. 病院の特定の施設特性に応じた診療報酬の補正を終了する

米国のメディケア制度は、地域間の投入コストの格差、1病床あたり研修医数、及び当該病院が診察する保険未加入者の人数について調整を行うが、いずれも病院の特性にかかわるものではない。

日本では、病院の施設特性によって点数の一部を決定できるようになっている。病院の施設特性が診療報酬全体に対して影響力を及ぼすことを許容してしまえば、インセンティブが歪曲してしまう可能性がある。病院にとっては、出来高払いの分野の支出を膨らまし、定額支払い分野の支出を減らすことに経済的インセンティブが働く。

日本では、その一連の調整の一つが医療サービスの品質向上の促進を目的としたものであり、そのうち最も目立つのは看護師の配置である。看護師の配置人数次第で、病院の点数が最大17パーセントも増加しうる。ほかには、医療記録の水準達成や安全基準の達成も、医療サービスの質の向上を目的とする要素で、同様に医療機関別の係数がついている。

また、新旧制度間での支払い額を基に、当該病院への診療報酬額を決定するという形の調整もある。DPC制度が導入された当初、当該病院がDPC支払い制を選択する前の数か月間に、出来高払い制で受けていた診療報酬額の合計とDPC支払い制の下で受けるであろう診療報酬額を基に調整係数を設けた。この係数は、2010年時点で1.3263から0.8770の幅があった。

これは、米国のメディケアが導入当初に採用した制度に類似しているが、メディケアでは旧制度を段階的に廃止し、現在では米国のDRG制度では、診療報酬はすべてDRGに基づいて決定される。

2010年、日本は医療機関別調整係数を次第に代替するための見直しを行い、重度医療または高技術医療を提供する病院に対して補償を行うことにした。これは、特定の施設特性を有する病院に対する優遇と解釈されるようになった。

DPC支払い制度が推進を目指す具体的な施設特性として次のようなものが挙げられる。

- ・ DPCの係数のタイムリーかつ適切なコーディングの評価: 所定の医療データの提出の遅滞、

または「部位不明・詳細不明」コードの使用割合が40パーセント以上の病院については診療報酬が減額される。

- ・ 在院日数の短縮の評価: 患者構成を補正したうえで在院日数が短かった場合、その程度に応じた係数がつく。
- ・ 複雑性の評価: 一日あたり点数が高い診断群が大きい割合を占めれば、病院のケースミックスの構成を指標とする係数がつく。
- ・ 対象範囲の拡大の評価: 病院がより広範にわたる診断群分類の患者を扱う程度によって、係数がつく。
- ・ 地域の医療計画への貢献の評価: 脳卒中、がん、救急医療、周産期医療及びへき地の医療の各分野において地域の拠点病院リストに掲載されていれば係数がつく。
- ・ 救急室(ER): 緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの診療報酬の、出来高払いの場合とDPCによる支払いの場合の差による係数で、大きかった場合に診療報酬が増える。これは、予定された入院患者と異なり、救急患者は入院後に診断検査を実施しなければならないので、その受け入れのインセンティブとして意味合いがある。

米国のメディケア制度は、看護師の配置、医療記録の水準または安全基準の差による調整を行わない。メディケアは、もし病院がこのような構造及び措置(看護師の割合等)が医療サービスの質の向上またはコスト全般の引き下げにつながると考えたなら、そのように自分の裁量で決定できるだけの柔軟性があるべきだという哲学に根ざしている。

最近、メディケアでも、より優れた臨床プロセスや成果を示している病院に報いるような、成果主義の支払い制度を構築し始めている。

日米両国とも現行制度は段階的に導入してきた。しかし、米国と異なり、日本は段階的導入の終わりを設けていない。日本は従来の出来高払いの制度を終了させる期限を決めるべきである。

日本は、特定の施設特性を推進するために一連の支払いインセンティブを設置しているが、米国のメディケアの哲学は異なっており、病院に特定の行動をさせるためのインセンティブを与えるのではなく、より良い臨床的結果に向けてインセンティブを付与することを始めている。メディケアは結果に着目している一方で、日本の制度は構造やプロセス指標に焦点を当てているのである。

日本は、今後、施設基準よりむしろ臨床的アウトカム(結果)に焦点を当て始めるべきである。

提言: 日本は、特定の構造面及びプロセス面に対する支払いを廃止し、代わりに臨床的プロセスまたは結果に基づいて支払うことを検討すべきである。日本は、従来の出来高払い制度の要素に由来するすべての支払いの廃止を検討すべきである。

5. 他の医療サービスも網羅できるように制度を拡大する

1983年以来、米国は、外来医療、長期医療及び在宅医療を含む、メディケアの対象となるほかの医療サービスについても包括支払い制度(PPS)を設計し、実施してきている。

メディケアのPPSを導入して以来患者数が著しく増加している分野の一つに退院後に移行する亜急性期医療が挙げられる(Morrissey, Sloan, and Valvona, 1988)

メディケアのPPSが導入されてから、患者は急性期医療の施設から以前より早く退院させられ、他の病院に移されるようになり、「より重症でより早く退院」と言われるようになった。

ほとんどすべてのDRGにおいて、PPSの導入後、ナーシングホーム、中間施設または在宅医療の事業者に移させられる確率が高まった。特に脳卒中、肺炎、主要な関節または大腿骨の手術を受けた患者はこの傾向にある。メディケアは、この状況に対応し、これらの施設及び機関の増加を促すべく、支払いを増額し始めている。

しかし、比較的短期間で政策が変更され、一転して過剰サービスへの懸念を理由にこれらの亜急性期医療サービスに対する支払いは減額された。

日本は、急性期病院から早期退院を強いられた患者をどうするか、そして急性期後の病院やサービスが十分に用意されているのかどうかを検討する必要がある。日本は、外来医療またはその他病院サービスについては包括払いをまだ導入していない。

提言：日本は、入院医療のみならず、医療体制の他の構成機関にも包括支払い制度の採用を検討すべきである。

6. すべての病院の参加を義務付ける

米国のメディケア制度では、一部の小さいあるいは特別な機能の病院は、別の報酬制度によって支払いを受けている。例えば、1300施設以上もの農村部の病院がクリティカル・アクセス・ホスピタル(CAH)の資格を満足しており、DRG支払い制度によらず、出来高払い(実費+1パーセント)となっている。しかし、これらの除外対象になっていない病院は、すべてMS-DRG制度に参加することが義務付けられている。個別の病院には、メディケアのDRG制度に参加するか否かを選択する機会は与えられていない。

日本では、看護師の配置などDPC制度の参加要件を満たすことができないために参加できない病院も存在する。

病院に制度への参加の選択を委ねれば、だれもが持つ疑問が生じる。病院のDPCへの参加インセンティブは何であろうか。その一つは、名声であろう。すなわち、その病院が地域の急性期病院として認知され、職員の間で士気が向上する。DPCの立ち上げ当時に指定された病院が日本の一流病院であったために、「選ばれた」病院がDPC対象病院となるような印象を与えた。

日本では、DPC対象病院になることに対して経済的なインセンティブが働く仕組みになっている。例えば、日本では、DPC対象病院に指定される以前のサービス形態を反映した医療機関別調整係数が適用されるため、検査や投薬の削減による効率化の結果生じたコスト節約分を当該病院は保持することができる。

日本では、新薬の使用率が伝統的に高いが、新薬からジェネリック薬品に切り替えることで大幅なコスト削減が実現可能である。また、点数の高い診断群に分類される患者の割合を増やすことも考えられ

る。

2011年4月時点で、日本国内の全総合病院の5分の1がDPC対象病院に指定されている。これらの病院のほとんどは大病院であり、病床に換算すると、ちょうど過半数(51.7パーセント)の病床がDPCによる支払い対象となっている。

一方、米国では、規模の大きい地域病院及び大学病院はすべてメディケアDRGによる診療報酬制度への参加を義務付けられ、選択の余地はない。DPCに基づく診療報酬を選ぶか否かを病院側に委ねることにより、最も効率の低い病院が旧制度に残ることを許容してしまっている。

提言: 日本はDPCによる診療報酬の支払いをすべての病院に義務付けることを検討し、まずは最低限の参加要件を満たすことをすべての病院に要求すべきである。すべての病院が品質基準を満たしたときに、当制度への参加を義務付けることができる。

7. 転院、外れ値及び短期入院に対応する

米国のメディケアMS-DRG制度では、一部の転院については支払額が低減されている。例えばリハビリ施設へ移ることが、臨床的に適切な場合、転院を促すことが目的である。

メディケアDRGでは、同じ診断群の患者でも他の患者より在院日数が長期間にわたったり、入院コストが大幅に多くかかったりする場合があることも認識されている。退院患者の約3パーセントが該当し、別途支払っている。

日本では、まだ転院または外れ値に関する取り決めはない。複雑な入院期間による調整は外れ値の調整に部分的に資するが、1入院あたりの支払い制度に移行すれば、外れ値に関する方針を定める必要がある。

定額の包括支払いになると、医療提供者には、入院費用を削減するために一部のサービスを入院外に移す経済的インセンティブが働く。

米国のメディケア制度では、このようなインセンティブに対処する措置も設けている。したがって、入院前3日以内に、入院に関連して実施した外来医療は入院費に含まれており、外来として請求することができない(72時間ルール)。これを受けて、一部の病院では手術前検査を入院の4日前に行うようになったため、メディケアはこの時間枠を72時間からさらに長くする考えである。

また、すべての入院前後の医療が含まれるように医療サービスを適切に包括するにはどうしたらよいか、大きな検討課題であり、現在米国で議論が進行中である。

同様に、患者が短期の入院の後、他の急性期病院に転院した場合、または多くのMS-DRGで見られるように退院後に亜急性期の医療機関に転院するような場合、報酬額が減額される。この制度は、病院の行動に対応する形で導入された。

提言: 日本の診療報酬制度にも、転院、外れ値、短期入院に関する取り決めの追加を検討すべきである。

8. 継続的に病院と診療報酬を監視する

日本と米国は、様々な理由があって、診療報酬制度をそれぞれ異なる形で開発し、その結果、複数の分野で異なる選択がとられている。

米国のメディケアとしては、メディケア制度における医療費の増加率を抑え、在院日数のばらつきや入院患者一人当たりにかかるコストの抑制することが主眼であった。それまでは、メディケアも出来高払いであり、病院には実費が支払われており、医療費を抑制するインセンティブはなかった。

日本では、長年にわたり、診療報酬体系に基づいて病院に対する支払いを行ってきた。日本では、出来高払いは、本質的に増加しやすいと信じられてきたが、従来の出来高払い制度であったにもかかわらず、医療費の抑制は比較的効果的であった。

日本の制度は入院患者への医療サービスのみならず医師によるサービスも支払対象としている。これは、日本では実質的にすべての医師が病院から給与が支払われ、雇用されているからである。

メディケアでは、原価報告書や既存の請求データを利用して支払額を決定するために十分なデータが揃っていたが、DPCの開発者には、出来高払い制度の下で請求された金額以外にはコストに関するデータを有しておらず、主に病院の臨床活動を分析する目的でデータの収集に注力していた。

日本の請求書には詳細な請求項目が記されているものの、入手可能な臨床情報は、診断名に限られており、診断名は必ずしも標準化されていなかった。DPC包括支払いを選択した病院は、詳細な電子データの提出を義務付けられており、その範囲は、従来通り、提供された医療サービスの項目のみならず、がんのステージなど患者の特性にもわたっている。臨床情報の入手は日本型DPC制度の構築の重要な起動力であった。

一日あたりの支払い制度であるにもかかわらず、予想通り、DPC対象病院における平均在院日数は短縮化している。制度設立当初の82施設では、平均在院日数が2002年の21.22日から、2008年には16.15日にまで短縮している。2006年にDPC対象病院となった病院では、2004年に15.5日だった平均在院日数が2009年には2004年には14.4日にまで下がった(厚生労働省、2010a)。

DPC対象病院となった場合の問題点は、平均在院日数の短縮により、多くの病院では病床利用率の低下を経験したことである。患者一人、一日当たりの診療報酬の増加により、これは必ずしも収益の減少につながらないかもしれないが、病院経営者にとっては大きな懸念事項である。

入院患者を安定的に確保するため、病院は、紹介患者数を増やす目的で、診療所の医師に病院の医療サービスを広報する努力を強化している。同時に、比較的単純な症例を二次病院に紹介するのを控えた三次病院も出てきている。医師が患者を入院させ、手術を実施する臨床基準を引き下げているのかどうかはまだ調査されていない。

在院日数が短縮化するにつれ、国は、入院医療の代替は何であるか、そしてそれらの代替サービスを推進すべきかどうかを検討すべきである。

米国の医療制度は、在院日数の短縮化、並びに優良なナーシングホーム、リハビリ施設、在宅医療サービス等への患者の流入には備えていなかったため、退院後の医療サービスの需要の増加に対応できるまで、複数年にわたり一連の調整を実施しなければならなかった。

日本は、退院後の医療サービスへ追加的ニーズを調査するべきである。米国のメディケアでは、30日以内の再入院率は過去25年間にわたり20パーセントで安定的に推移してきた。ここでいう「再入院」とは同一の病院に限らず、ほかのいかなる病院への再入院も含む。今日では、経済的インセンティブを用いて再入院率の低下を狙う動きもある。

日本では、同一病院への再入院率が、当初の82病院において2006年の13パーセントから2009年には13.9パーセントまで伸びた。DPC対象病院では、2006年に16.2パーセントだったのが、同じ期間に17.0パーセントに伸びた(厚生労働省、2010a)

国が再入院率の高い病院の病院長にその増加の原因を説明するよう要請したところ、化学療法または放射線療法のために再入院しなければならないがん患者が多いためだと説明を受けた。その結果、2006年度の診療報酬改定の際には2つの変更が行われた。

一つ目は、患者が3日以内に再入院した場合、在院期間を初期化しないことである。すなわち、在院期間は最初の入院から継続しているものとみなされる。二つ目はがんの化学療法の診断群については、入院期間Ⅰの期間を短くし、一日あたりの点数を引き上げる(一方、入院期間Ⅱの期間を長くし、一日あたりの点数を下げる)ことで、患者を早く退院させる病院がコストを回収できるようにした。

したがって、DPC包括支払いによって、対象病院では医療の効率化が進んだかもしれないが、一方で、DPCの点数が予算中立の方法で改定されているにもかかわらず、国レベルではコスト全般が増えている。これは、すべての病院が参加しておらず、また、出来高払いである外来医療への移行につながっていること原因かもしれない。また、入院中の診断検査は減っているが、それは単にコストを外来診療に転嫁している可能性もある。

提言: 日本は、個別のレセプト請求ではなく、病院全体に着目した支払制度に移行することを検討すべきである。この制度は、特定の病院において、報酬を増やすために診断群分類名を意図的にコーディングしている程度のモニタリングを含む。日本は、DPC分類の構成を都道府県別にモニタリングし、構成に地域差がないか検証すべきである。

最後に

日本と米国の医療制度には複数の重要な類似点が存在し、両国の支払制度も類似している。米国メディケアのDRG支払制度は、20年も長く機能しており、制度の影響について複数の評価を行っており、さらに一連の見直しを実施してきている。このペーパーでは、日本が今後検討すべき、米国が経験してきたメディケアによる病院への支払いに関する8つの教訓を示している。これらの教訓を基に、現行の日本の制度の技術的効率性を改善し、病院医療の医療費の削減を実現できる可能性がある。これをきっかけに、日本は、高齢化が進む社会に新しい医療サービスを提供するために資源を割くことができ、東北地方の復興にもより多くの資源を充当することができるようになる。これらの提言によると、DPCはすべての病院におけるすべての患者を対象とすることが前提となる。病

院の支出はすべてDPCの枠内に組み込まれ、診療報酬は1入院あたりで支払われる。医療機関別の調整は廃止される。日本の医療制度には、コストの削減、配分効率性や技術効率性の向上など有益な結果がもたらされ、さらには制度改善の結果としてアウトカムの改善もみられることが期待される。米国の経験から、8つの提言はそれぞれ実現可能であることが示唆されるが、いずれも日本の制度の文脈に照らして評価する必要がある。日本は、DPC制度の実績を継続的に評価しなければならない。上記の提言の一部は、日本における病院の実績のハードデータが入手できないために、開発または分析に課題があったことを指摘すべきであろう。医療サービスの研究家に対して診療報酬に関する情報の透明化を進めることは、日本にとって有益となろう。

追加データが入試可能となれば、日本国内の病院と米国内の病院の実績をより詳細に比較することが可能になる。さらなる調査が必要とされる具体的な項目として下記のものが挙げられる。

- ・ 日本の在院日数が長期にわたる理由
- ・ 出来高払いの対象となる医療サービスと、DPCによる支払いの対象となる医療サービスの組み合わせと、米国における医療サービスの包括化との比較
- ・ 両国における包括払いの対象外となっている病院の特性と実績
- ・ 両国において患者に提供される医療サービスの包括化の程度

以上のような分析によって日本の医療制度の優れた点を明らかにすることができるとともに、改善が必要な分野も示すことが可能である。

参考文献

厚生労働省. 平成17年度. 医療施設調査・病院報告. 東京: 厚生統計協会.

——計協会・病院報告で平成21年DPC調査の再集計 (退院患者). DPC評価調査分科会. 東京: 厚生労働省.

——厚生労働省院報告で平成20年度. 医療施設調査・病院報告. 東京: 厚生統計協会.

Sloan, Frank A., et al. 1988. ることができるとともに、改善が必要な分野も示すことが可能である。れる具体的な項目として下記のもが挙げられる。による。られる。ロセス指標に焦点を当てているのである。年、は、メディケア・メディケイド・サービスセンター(はできなかった。において効率を高めることは両国にと

日米医療政策プロジェクトは、日米両国が直面する医療政策課題を認識し、課題解決に向けた選択肢を提供することを目的とし、戦略国際問題研究所(CSIS)及び日本医療政策機構(HGPI)が、2011年に共同で立ち上げた。日米の多分野の専門家による、数回にわたる議論を通じ、両国の医療分野における喫緊の課題について、新たな角度からの分析を導き出し、現実的な解決策の提示を目指す。

The Japan-U.S. Health Policy Project was jointly launched in 2011 by the Center for Strategic and International Studies (CSIS) and Health and Global Policy Institute (HGPI) to identify the health policy issues faced by Japan and the U.S. and to provide options for their resolution. Through extensive discussion with experts from diverse fields in both countries, the project aims to analyze the core elements of pressing healthcare issues from new perspectives and to develop feasible solutions.



HGPI Health and Global
Policy Institute

CSIS

CENTER FOR STRATEGIC &
INTERNATIONAL STUDIES

1-11-28, Nagatacho, Chiyoda-ku, Tokyo,
100-0014, Japan

Tel: +81-3-5511-8521 Fax: +81-3-5511-8523
E-mail: info@hgpi.org Web: www.hgpi.org/en

1800 K Street, NW
Washington, DC 20006

Tel: 202-887-0200 Fax: 202-775-3199
E-mail: books@csis.org Web: www.csis.org