

# 日本のCase-Mix Based Payment -政策立案者と医療供給者のゲーム-

## -Case-Mix Based Payment in Japan :Games Played by Policy-makers and Providers-



Naoki Ikegami 池上直己  
Professor of Keio Univ., Japan

日本は 突然の改革よりは調和(Harmony)を重視する文化を持っている。調和を重視する文化を背景に漸進的に Case-mix based paymentが導入して拡張された。Case-mix based paymentは患者がどんな Case-mixグループにコーディングされたのかによって報酬が適用されて、病院の収益も患者がどんなグループにコーディングされるのかによって変わるようになる。すなわち、高い報酬グループの患者の割合が多いほど病院の収益も上がるようになる。

Case-mix based paymentができるためにはまず、標準化された医療サービスを提供するという前提条件の下に臨床的な特性とコスト面で同質性がある患者群を中心にした分類体系を用意しなければならない。またデータの質を保障するために病院の患者を適切なグループに分類する必要があり、行為別報酬制(Fee-For-Service)の過剰診療問題とは反対に過小診療の問題点があるので適切な医療サービスの質を保障しなければならない。日本の場合、このような条件を完全に満たすことはできないが急性期病床の 52.6%とすべての慢性期病床の Case-mix based paymentが適用されている。

日本は保健医療財政問題によって DPC(Diagnosis Procedure Combination)が 2003年に導入された。保険者は包括報酬制を、医療供給者は FFSを主張したので、折衷案としてDPCが施行された。各専門科で DPC 分類体系を設計して全 2,500のグループが作られ、この中 1,500が実際に使われた。初期に施行された医療機関は大学病院 80か所と国立病院 2か所が対象とされた。

DPC コードは 14桁で構成され、1~6桁は診断名、7~14桁は治療名を表す。例えば 14桁の数字の、はじめの2桁(1~2)は主要診断名、そのあとの数字 4桁(3~6)は詳細疾患名(例えば胃がん)、その次の 1桁(7)は使用せず、次の 1桁(8)はソンチョン(선청)性疾患、年齢、体重であり、次の 3桁(9~10、11)はそれぞれの手術コード、12番目のコードは化学療法、放射線治療有無、13番目コードは合併疾患の有無、最後のコードは眼科疾患(one or both eyes)に対する情報を記録するようになっている。

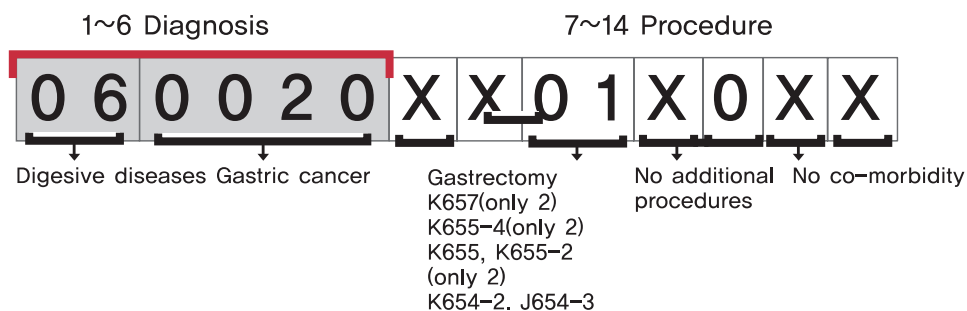


図 1. DPCの例示

DPC 診療報酬は  $[\sum(\text{特定期間の間日付割合}) \times (\text{入院日数})] \times \text{病院別換算指数} \times \text{点数当たり単価}$  で支払わ

れる。

それではどのようにDPCが拡大することができたか？ DPCが急速に広がった理由は保険者は DPC 拡大を要求し、病院は DPC を選択するに際しての障害要因を大幅に低下させて効率性を通じて収益を高めることができたからである。しかし平均日数と病床稼働率が低下することで病院は病床を満たす新しい患者に対する競争が新しい問題となった。

政府は医療供給者が報酬の高い Period I 期間(該当する DPC グループで最も短い在院日数である 25% の患者が退院するまでの期間)内は、患者が退院させて再入院させる便法を防止するために退院後の3日以内の再入院ができないように制度を補い、患者にどんなサービスと薬物が提供されたかを請求書に記載するようにした。

また、DPCでは過剰診療よりは過小診療に対する監視が難しいという問題があるので、医療機関に対する監査 (conduct audit inspection) を実施した。

DPCの施行は標準化された支払体系によって標準化された医療サービスの提供が可能になり、保健医療研究者のためのデータが提供されるなどの肯定的な効果がある半面で、臨床的根拠なしに数値が高い DPC グループでエンコードするようになる虚偽報告の問題、医療の質側面での憂慮、高費用の患者に対しては過小診療と入院自体を拒否する問題が発生した。

保健医療費用に対する影響側面では病床稼働率は減ったが患者 1人当たり費用は高くなり、入院患者費用は減った一方外来患者費用が増えた。しかしこのような影響で全体費用が減少したのかは疑問である。

このような政府の努力にもかかわらず、保健医療体系に対する崩壊の声がある。政府の費用節減政策が施行されることによって医療機関の負担が加重され、結果的に応急医療、産婦人科、小児科に対する医療接近が制限されており、大病院に対する補償が要求されている。また病院別換算指数の不公平に対する指摘も出ている。

2010年度の改訂内容を見れば、病院ごとに他に適用された病院別換算指数を 25%ずつ減らして 2016年までは完全に無くして、コーディングペナルティ (coding penalty)、効率性ボーナス (efficiency bonus)、合併症ボーナス (complexity bonus)、カバレッジボーナス (coverage bonus)、地域保健医療計画寄与ボーナス (contribution to regional healthcare plan bonus)、応急手当ボーナス (emergency care) を通じて病院に一定比率を償っている。

慢性期病床は 90年代初頭までは FFSが適用されており、その後包括報酬制が適用され、それが支払いのインセンティブを通じて拡張されて 2006年からすべての慢性期病床に適用された。

保健医療予算が減らされ、厚生労働省は慢性期期病床数の10% 削減の目標を立て、Punitive feeをMedical Level 1に賦課する政策を施行することで医療機関は早く Case-mixに切り替えた。その結果 Medical Level 1の患者が 53%から 35%まで減るようになり、Medical Level 2の患者は増加した。このような結果が綿密な診断を通じて患者診療が成り立ったかアップコーディング認知に対する研究が必要だろう。このような状況を考慮すれば、慢性期病床の数を減らすという政策目標が達成されたかは疑問で残る。

最近では医療サービスの質向上の努力によって、褥瘡、尿路感染、ADLレベル減少などの医療の質管理指標を計算するように義務化して、請求書に患者特性データを添付するようになっている。しかしデータを分析のための確かな基準が存在しない。

結果的に診療費支払制度に対する政府の政策と、医療供給者の対策は尻尾が尻尾を追っかけるゲームである。一度始まったゲームは止まらない。政府は制度改善のために持続的な努力を傾注しなければならない。

\* 原稿整理: ナムヒェジン主任補研究員審査評価政策研究所制度研究団