

出来高計算方式と DPC (診断群分類方式) ~治療する側される側~

1120344 和泉真衣

高知工科大学マネジメント学部

はじめに

現在、医療の質、経営の両面の改善を図るため、診療費請求の基礎となる医療原価計算は従来の出来高計算方式に変わり、DPC(Diagnosis Procedure Combination(診断群分類方式):以下DPCと表記)が導入されつつある。「出来高計算方式からDPCに変わること、医療における医療制度はよりよいものとなるのか?」という命題に対し2つの制度を比較し、それぞれのメリットとデメリットを検討する。この研究は、医療原価計算の透明性や公平性と共に、医療の質を維持する制度作りに関する研究である。

1. 日本の医療制度概要

日本の医療は、費用の心配なく安心して医療サービスを受けられることを目的としてつくられた医療保険制度という枠組みの下で運営されており、保険医療機関及び保険薬局が行う医療サービス提供の対価は、診療報酬という公定価格として定められている。

医療機関で治療を受ける際、多くの人がかかった医療費の3割程度を支払い、残りは公的医療機関でまかなわれる。日本の医療制度の大きな特徴のひとつとして国民皆保険制度というものがある。これは、日本国籍を持っている人であれば、誰でも同じ質の医療を保険給付として受けることができるといったものである。日本ではすべての国民が公的医療保険制度に加入し、保険料を負担することが義務化されている。

2. 医療原価計算概要

病院を直接の対象とした原価計算基準は存在しないが、その考え方の参考となるものとして、昭和29年に日本病院会で作成された「病院原価計算要綱(案)」がある。この「病院原価計算要綱(案)」では、病院原価計算の目的として原価管理目的、予算編成目的、基本計画策定目的、価格決定目的の4つを挙げ、さらに一般の原価計算においては指摘されていない損益管理目的も挙げられている。損益管理目的は経営指標のひとつであるが、平成21年度は、31.2%の病院が黒字、68.8%の病院が赤字であったように、医療経営はよい状況ではない。このような観点においても、原価管理的視点は重要であると言える。

3. 出来高計算方式について

出来高計算方式とは、医療機関が患者に対して実際に行った医療行為ごとに点数を設定し、それらを合計して計算する診療報酬の計

算方法のひとつである。診療行為ひとつひとつの点数である診療点数と、薬剤の薬価点数を合わせたものが診療報酬となる。初診・再診療、入院料、指導管理、在宅医療、検査、画像診断、投薬、注射、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療など、個別の行為について細かく診療報酬点数が設定されており、各診療行為に対する点数を積み上げた合計を算出し、1点=10円として診療報酬を計上する。それぞれの病院ごとに出来高計算方式か、DPCかで決まっているわけではなく、基本は出来高計算方式が使われ、DPC対象病院であれば、病気の種類などによって出来高計算方式か、DPCかが選択、適用される。

出来高計算方式を適用した場合、何にいくら使ったかという事実に基づいて医療費の計算がされるため、透明性や客観性が高い。患者側からすれば、患者のニーズに応じた処理を受けやすく、一方、医療側にとっては医療行為を行った分がそのまま収入となるため、合理的な面もある。(メリット)

しかしながら、出来高計算方式の下では、実際に行った医療行為が多ければ多いほど診療報酬が高くなる。そのため、検査や投薬を過剰に行う「薬漬け」や「検査漬け」の問題が指摘されるように、収入を当てといた過剰診療を助長する計算方式という面もある。また、医療の質や効率性が適正に評価されるとも言い難い。なお、近年では検査結果や投薬が電子カルテで管理されており、出来高計算方式での医療処置もこの電子カルテによって集計される。しかし、この電子カルテは互換性のある書式が存在するわけではなく、日本全体として見た場合の効率性の低さ、維持、管理コストの割高感が指摘されている。(デメリット)

4. DPCについて

DPCとは、「急性期入院医療の診断群分類に基づく1日当たりの包括評価制度」である。従来の医療行為ごとに計算する出来高計算方式とは異なり、入院患者の病名や症状をもとに手術などの診療行為の有無に応じて、厚生労働省が定めた1日当たりの診療群分類点数をもとに医療費を計算する新しい定額払いの会計方式である。包括部分と、出来高の部分を組み合わせて使われる。

DPCコードは、ICD-10(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)を基本コードとしている。ICDとは、国際疾病分類のことで、国際的に死因統計を取るにあたって病名の標準化のために作られた病名コードのことを言う。このため、DPCを導入することによって出来高計算下では特

定されることのなかった病名特定が可能になり、治療治癒率や在院日数が分かるようになった。DPC というツールを使ってデータを分析し、自分の病院の医療の質を評価し、他病院と比べよりよい医療の提供体制を作り上げることができるようにもなった。また、医療内容が透明化し、その内容と成績がわかることによって医師個人の考え方のみで医療を行うことは抑止され、エビデンスに基づいて医療が行われるようになり、医療が標準化、効率化された。患者側から見ると、医療費の自己負担額をあらかじめ把握することも可能になり、出来高計算下でのデメリットであった過剰診療も解消されている。(メリット)

定額払いであるため、入院中に検査や投薬を行っても行わなくても同じ支払い額であることに変わりはない。そのため、必要な検査や投薬が行われなくなり、医療の質が低下、粗診粗療になるおそれがある。医療の質が低下する具体例としては、重症や合併症の多い症例の受入が減ることで3次救急医療の運営が厳しくなる可能性や、外来診療の比重が増加する可能性などが指摘される。また、DPC の導入で、平均在院日数は短縮されたが、治療率の低下が懸念される。不十分な治療のまま患者が退院すれば、患者の疾病を悪化さすばかりでなく、医療費を更に増大させ、患者が再入院になる可能性もある。(デメリット)

5. 分析

病院で担わされている役割によって、原価計算の選択が大きく変わるということがわかった。例えば、重篤な病気ほど DPC が選択されるべきであり、それは大学病院などの大きな病院が担うべき役割であると考えられる。なぜならば、大学病院などの大きな病院には医療器具も充実し、医療スタッフの数も多く、急性期患者を対応するのに十分適しているからである。また、逆に考えると、DPC を地方の開業病院などが選択してしまった場合は、赤字になる可能性が高くなるということも言えるだろう。以上のことから、原価計算は病院の種類によって選択され分ける必要があるということが言える。

DPC の下では、医療コストの削減が大きく期待できる。調整係数については5-1節で説明をしたが、これは包括医療に関わる医療費が、前年7-10月の実績を担保できるよう、各医療機関ごとに設定がされている。つまり、前年よりもコストを下げれば、病院の収益が向上するということである。そして、コスト削減のための方策として、ジェネリック医薬品等の導入と、クリティカルパスの導入がこれからDPCを使って病院を運営していく中で重要となってくるだろう。ジェネリック医薬品とは、製薬会社が開発した医薬品の特許が切れた後に他の製薬会社が同じ有効成分で製造、供給する医薬品のことである。このジェネリック医薬品等を積極的に導入することによって、直接的な購入コスト(変動費)を下げるができる。また、クリティカルパスとは、製造や建築の全体の工程において、「そこで遅延が起きると全工程に影響を及ぼす工程」のこと

を指す。これを見つけ出し改善することで全体の効率を上げるという手法である。クリティカルパスを採用することによって無駄なプロセスが改善、結果固定費の低下へとつながる。不要な作業、工程を改善、または取り除くことにより、更なる在院日数の短縮、検査の効率や回転率の向上、人件費の抑制が見込める。

また、コストのことを考える際には、コストカットでなく、どの患者、どの疾患にどれだけの医療資源をかけ、どれだけの収益を生んでいるのか把握、分析することが重要である。そしてそのために、電子カルテなどのコンピュータシステムをうまく活用していかなければならない。

おわりに

DPC の導入が進む中で、これからますます病院の競争力の強化が必要になってくると感じた。急性期などの高度な医療を担えるブランド力が必要である。医師の高度な技量をブランド力にして急性期患者などを受け入れ、経営をしていくという選択もあれば、慢性療養患者をケアしていくということを専門にして経営をするという判断も必要である。そのような中で病院が生き残っていくために、一体自分の病院が何をできて、何ができないのか、強みは何なのか、適切に考えて行動、実施していくことが大切である。そして、それにあつた原価計算を選択していくことが最良の経営の第一歩である。

DPC は企業でいう PDCA サイクルのようなものである。計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Act)のプロセスを順番に実施し、また Plan まで戻ってくるということである。新たな医療技術ができれば、それを DPC 内に組み込み、診療プロセスが変わればそれも反映させていかなければならない。その点において DPC は常に変化し続けていく。DPC の導入によって情報公開が進められている今、情報に基づいて患者が行動し、医療機関を選択する時代は近いように感じた。

参考文献

今中雄一[2010]『「病院」の教科書知っておきたい組織と機能』
医学書院

今村知明 康永秀生 井出博生[2006]『医療経営学』医学書院
梶葉子[2011]『病院のしくみが面白いほどわかる本』中経出版
監査法人トーマツ ヘルスケアグループ[2008]

『原価計算が病院を変える』清文社

木村憲洋(委員会代表)+医療現場を支援する委員会[2008]

『だれでもわかる！医療現場のための病院経営のしくみ』
日本医療企画

武藤正樹[2007]『よくわかる病院の仕事のしくみ』ばる出版
産経新聞 2009.12.24 「診療報酬改定率」

富士通総研 HP

<http://jp.fujitsu.com/group/fri/column/news/200711/2007-11-4.html>