

RA 治療の経済的コストと包括医療

宮原 寿明 九州医療センターリウマチ科・整形外科

(2004年、第5回博多リウマチセミナー)

【RA 患者の医療コストの現状】

日本：厚生省リウマチ調査研究事業 治療とQOLに関する調査研究班によるRA患者1471例の医療費アンケート調査

1994年度RA患者1人当たりの自己負担総医療費平均：月額2.5万円(表1)

病院や薬局に支払う自己負担直接医療費：53.9% 通院費、介護費、代替医療費などの間接医療費：46.1%

推定実質直接医療費平均：1人1ヵ月当たり4.3万円、年額51.2万円

(同年度国民1人当たり医療費20.6万円の2.5倍)

表1 RA患者1人1ヵ月当たり自己負担医療費の総額ならびにその内訳

医療費内訳	全患者				当該費用負担患者平均
	平均	%	N	%	
総医療費	25225	100	1471	100	25225
直接医療費	13604	53.9	1471	100	13604
診療・薬剤費	6815	27	1471	100	6815
入院費	6788	26.9	107	7.3	93322
間接医療費	11621	46.1	1471	100	11621
通院費	3390	13.4	1471	100	3390
介護費	2030	8	42	2.9	71089
代替医療費	5109	20.3	428	29.1	17559
民間医療費	1740	6.9	187	12.7	13684
栄養補助剤	3369	13.4	311	21.1	15937
その他	1092	4.3	110	7.5	14599

欧米：国際的なRA患者1人当たり年間総医療費の平均額(1996)：5,720～5,822ドル(62.9～64万円)

直接医療費の半分が入院費、米国でも1/2～2/3が入院費で占められる

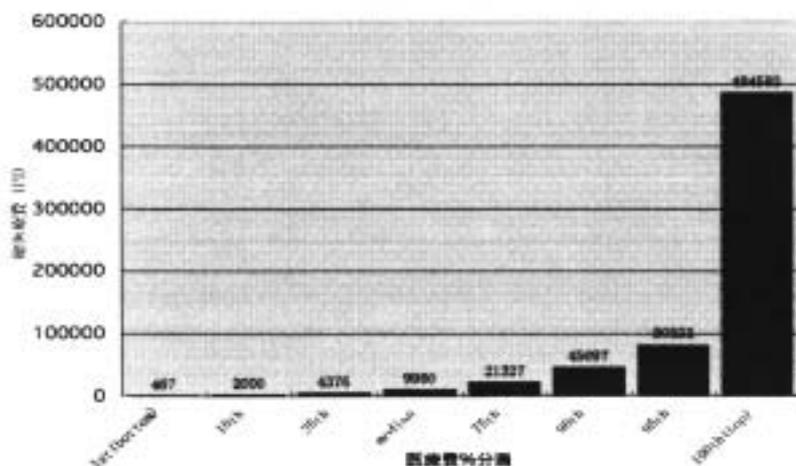


図1 一人1ヶ月あたり自己負担医療費の分布様式

医療費分布は極度に高額に偏り、第100%分画群の自己負担総医療費平均は、中央値分画群の48倍以上であった(図1)。

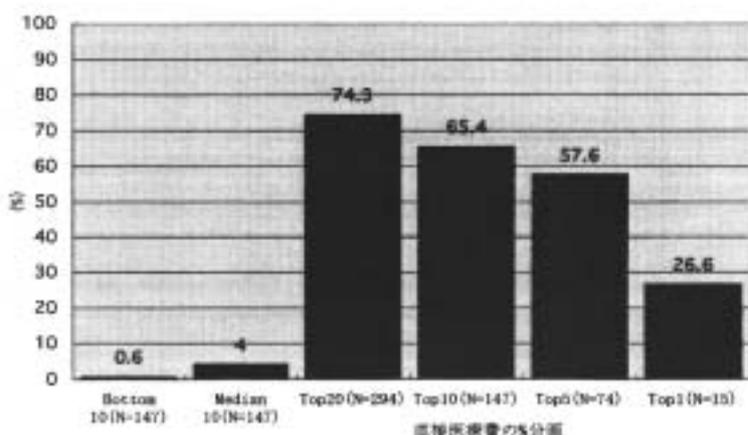


図2 高額医療費群の自己負担医療費総額の全患者医療費総額に占める割合

トップ1および5%分画群の自己負担直接医療費合計は全群の医療費総額の27%および58%をしめた(図2)。

RAの日常診療に役立つ知識

高額医療費群の検討

自己負担総医療費と最も強く関連する指標は稼働障害をはじめとする AIMS - QOL 指標で、次いで内服 PSL 量、概括評価、関節点数、CRP、ESR、握力、Hb、年齢、steinbrocker's class、性、薬物療法指標の順であった。

高額医療費群では男性、中年、低学歴、低年収、長期羅病、単身(男)、または別居(女)例の比率増大傾向がみられた。

病気による稼働不能日の割合は全患者平均 22% で、RA 患者 1 人当たりの所得損失は年額約 65 万円、実質直接医療費の 1.3 倍相当であった。

RA 患者の医療費分布は高額医療への極度の偏りがあり、コスト増大の最大原因は RA による身体機能障害の重度化にあるため、コスト節減には身体機能障害の進行を阻止する医療が最も重要である。

欧米の報告でも、RA の医療コストは身体機能障害、稼働能力、家事能力と密接に関連している。

【RA 薬物療法の cost-effectiveness の検討】

抗リウマチ薬の cost-effectiveness (CE) の検討 (Choi ら, 2002) (表 2)。

MIX 未使用患者に対する DNARDs 使用無し、スルファサラジン (SSZ)、MIX、レフルノミド (leflunomide)、エタネルセプト (etanercept) の 5 種類の monotherapy について、ACR20 と、ACR20・50・70 の荷重平均 ACR70 weighted response (ACR70WR) で効果を判定。

半年間の総医療費は MIX が最も低額 (10926 ドル) でエタネルセプトが最も高額 (16165 ドル) であった。

薬剤費の直接医療費に占める割合は SSZ が 6% で最も低く、etanercept が 84% で最も高かった。

ACR20、ACR70WR を効果判定の指標にした cost-effectiveness の検討では、MIX と SSZ が DMARDs を使用しない群に比べてより低コストで、より効果が得られた。Leflunomide は SSZ に比べてより高コストで効果は低かった。ACR20、70WR からみて最も効果のある etanercept は MIX と SSZ に比べて総医療費が ACR20 で 41900 ドル、ACR70WR で 40800 ドルかかっていた。直接医療費に限れば、SSZ が最もコストがかからず、DMARDs を使用しない患者に比べて ACR20 で 900 ドル、ACR70WR で 1500 ドルかかっていた。これらの結果は 6 か月間の治療に対する検討であり、より長期での比較が必要である。また抗 TNF 療法による関節破壊、身体機能障害の抑制について従来の DMARDs との CE の比較が必要である。

表 2 5 種類の治療法における 6 か月間の直接医療費、総医療費と ACR20 および ACR70WR の成績からみた cost-effectiveness (CE)

Treatment Options	Probabilities of Achieving ACR response	Direct Costs (\$)	Medication Costs (%)	Incremental CE Ratio (\$) (Direct Costs / ACR response)	Total Costs (\$)	Incremental CE Ratio (\$) (Total Costs / ACR response)
ACR 20						
No DMARDs	0.27	1640			11379	
SSZ	0.56	1888	6	900	11027	11500
MTX	0.55	2312	22	D	10926	CS
Leflunomide	0.55	2814	52	D	11428	D
Etanercept	0.68	7812	84	48300	16165	41900
ACR 70WR						
No DMARDs	0.15	1640			11379	
SSZ	0.31	1888	6	1500	11027	D
MTX	0.33	2312	22	29300	10926	CS
Leflunomide	0.33	2814	52	D	11428	D
Etanercept	0.46	7812	84	42900	16165	40800

* weak dominance. CS: cost saving, D: dominated

生物学的製剤間での cost-effectiveness の比較 (Chiunら, 2003)

US managed care organization のデータを用いて米国における生物学的製剤治療のコストと ACR20 改善率から cost-efficacy を引算 (表 3)。エタネルセプトと MIX の併用が最も cost-effective であり、アダリムマブが最も高いコストを要した。cost-efficacy に最も影響を及ぼす因子は薬剤費と治療反応性であった。

表 3 ACR20 からみた cost-efficacy

	Annual cost of therapy	ACR20 rate of response	Cost per responder (\$)
Monotherapy Regimens			
Etanercept 25mg twice weekly	17489	0.59	29643
Anakinra 100mg daily	16378	0.43	38089
Adalimumab 40mg every other week	17567	0.46	38190
Adalimumab 40mg weekly	34553	0.53	65194
Combination Therapy Regimens			
Etanercept 25mg twice weekly + MTX 15mg weekly	18090	0.71	25471
Adalimumab 40mg every other week + MTX 15mg weekly	18092	0.63	28709
Infliximab 3mg/kg every 8 weeks + MTX 15mg weekly	20314	0.5	39991
Anakinra 100mg daily + MTX 15mg weekly	16991	0.42	40442

【RA 包括医療—入院】

1. 診断群分類 (DRG) とは

「diagnosis related group」の略。米国 Yale 大学で開発され、国際疾病分類で一万以上ある病名を医療資源の必要度から、統計的に意味のある 500 ~ 1,500 程度の病名グループに整理し、分類する方法である。患者治療に使ったマンパワー量、医薬品や医療材料の量、入院日数、必要とする様々な費用などのデータを病院から集めて比較研究するためには共通の条件を設定できる枠組みが必要である。このために開発された診断名に診療行為等を加えた共通の条件 (グループ) が診断群分類 (DRG) である。

1983 年米国高齢者対象の公的医療制度 (Medicare) の入院医療費の支払い方式として採用された (HCFA <Healthcare Financing Administration> -DRG)。ICD にしたがって 23 の MDC (Major Diagnostic category; 主要診断群) に分けた後、外科的処置の有無・診療プロセス・年齢・合併症・併発症・退院形態により分類。HCFA-DRG を簡略化し、合併症・併発症による 3 段階区分にしたのが R-DRG (Refined DRG) である。一方、New York 州は全患者を対象にした DRG を 3M/HIS 社と共同開発し (NY-DRG、後に AP-DRG <All Patient DRG>)、支払いに利用。AP-DRG と R-DRG を融合させた APR-DRG も開発されている (図 1)。

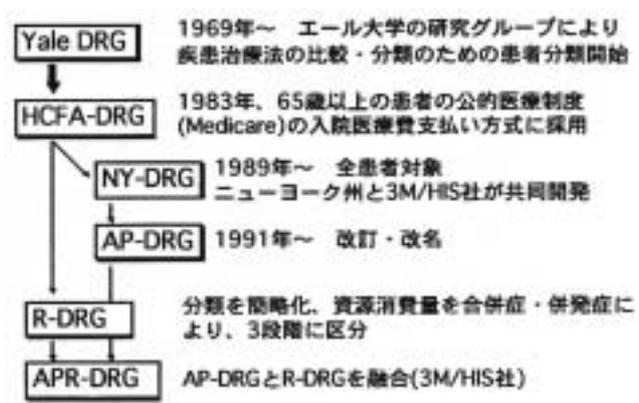


図 1 米国の DRG

RAの日常診療に役立つ知識

2. 包括支払い方式 (PPS) とは

DRG 分類を医療費の支払い方式に応用したのが疾患群ごとの包括支払い方式 (prospective payment system、PPS) であり、DRG/PPSと呼ばれる。DRG ごとに必要とされる医療資源の相対値 (相対係数) を設定し、一定のベースレート (単価) を乗じることで医療費を計算し、診療内容によらず一定の原則で病院に支払う。地域による物価指数の差や、学教育に要する費用の要素、過疎医療に対する補助のような政策的要素にも対応することができる。

米国の DRG/PPS では患者重症度の数値化は加味されず、分類も極めて粗い。PPS は病院費用 (hospital fee) の支払いに使用され、医師の技術料 (doctor's fee) は、resource-based relative value scale (RBRVS) として医療行為ごとに相対係数が設定されている。これに対し日本は hospital fee と doctor's fee の区別が不明確である。

米国の DRG/PPS の効果として、平均在院日数短縮、病床利用率低下、病院数、病床数の削減、日帰り手術の増加、外来治療の複雑化・高額化、重症入院患者の増加、高度な在宅ケアと介護中心の長期ケアの増加、入院医療費の逓減、病院毎の治療水準の差の明確化と医療の質の向上等があげられている。

3. 日本版 DRG/PPS について

日本では急速な人口高齢化と医療技術革新によるコスト増大などから医療費削減の要求が強まっている。また欧米に比して極端に長い平均在院日数、病院機能の未分化 (急性期、慢性期医療のあり方、病診連携など) が日本の入院医療の問題点である。日本の各病院の医療行為内容、コスト医療の質、効率性等を客観的に評価するための情報が必要であり、そのための共通尺度として日本版 DRG が試行されてきた。

日本版 DRG/PPS の米国版 DRG/PPS との違いとして、第一に基礎調査症例数の違いがある。米国では数百万の症例を対象に検証されたが、日本では僅か 3 万症例の平均値について 10 施設で 8ヶ月間基礎調査しただけでスタートしている。第二に包括範囲が米国では期間も費用も急性期のみであるが、日本では急性期のみではなく亜急性期・慢性期まで包括されている。

このため日本では平均入院期間も著明に長く、また費用に関してははじめから拡大 DRG の形態である。したがって、今後の DRG/PPS での診療行為、相対係数、特定・平均入院期間、診療点数の決定には多くの症例の蓄積による疾患の分類方法や構造、合併症や併存症などの検討、見直しが必要であり、それによつての実情に合致した日本版 DRG/PPS の作成が可能である。

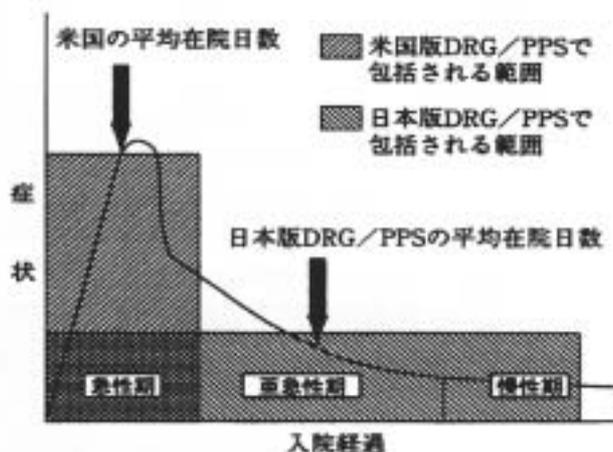


図2 アメリカと日本の DRG/PPS の包括範囲の違い

4. 日本版 DRG 第 1 版 (DPC version 1)

DRG 第 1 版は平成 10 年 11 月から 13 年 3 月まで用いられた。疾患は ICD-9 コードにより分類、MDC は 13 あり (表 1)、個々の診断群が疾患名、合併症の有無、診療行為により定義された。183 分類が設けられ、そのすべてに PPS が設定された。診療報酬は定額報酬 (包括部分) と技術料等の出来高報酬の合算額であり、**定額報酬 (PPS) の算定式 = (基礎償還点数 × 相対係数 + 調整点数)** である。

基礎償還点数は相対係数が 1 に相当する点数である。平成 10 年開始時 38,803 点、12 年点数改定時 39,680 点、13 年第 2 版移行時 40,476 点である。

相対係数は診断群分類ごとの医療資源の使われ方を比較するためのもので、以下の式により計算される。

表 4 MDC (主要診断群)

MDC 1	神経系疾患
MDC 2	眼科疾患
MDC 3	耳鼻咽喉科疾患
MDC 4	呼吸器系疾患
MDC 5	循環器疾患
MDC 6	消化器疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
MDC 7	筋骨格系疾患
MDC 8	皮膚・皮下組織の疾患
MDC 9	乳房の疾患
MDC 10	内分泌・栄養・代謝に関する疾患
MDC 11	腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
MDC 12	女性生殖器系疾患及び男性生殖器疾患
MDC 13	血液・造血器・免疫臓器の疾患
MDC 14	新生児疾患 (H13.3)
MDC 15	小児疾患 (H13.3)
MDC 16	外傷、熱傷、中毒、異物、その他の疾患 (H14.12)

診断群分類 A の相対係数 = (診断群分類 A に係る包括対象項目の試行 10 病院における幾何平均) ÷ (全診断群分類に係る包括対象項目の試行 10 病院における幾何平均)

調整点数は試行病院個々の費用で、地域加算等が該当する。

長期入院の特例として、DRG ごとに決められた平均入院期間の + 2SD を過ぎると、すべての費用が 1 日当たり入院基本料だけに包括される。

定額包括項目は、入院基本料、検査料、画像診断料、投薬料、注射料、1,000 点未満の処置料、薬剤料、フィルム代、特定保険医療材料であり、特に特定医療材料として整形外科領域の人工関節や脊椎 instrumentation など高額医療材料費が包括されていることが大きな問題である。

出来高算定部分は手術・麻酔、1,000 点以上の処置、リハビリ、放射線治療等である。なお、14 年 4 月からギプスが処置になったが、1,000 点以下でも出来高算定可である。

試行対象病院は 8 つの国立病院と 2 つの社会保険病院、合計 10 病院である。全入院患者に対する PPS の該当率は、第 1 版では約 30% である。

RAはMDC7 筋骨格系疾患に含まれ、合併症・手術の有無を組み合わせることにより分類される(表5)。この第1版分類は基礎調査症例数が少ないため作成診断群分類数が少ない。分類そのものも非常におおまかであり、一つの診断群に多数の疾患・病態が含まれている。同一疾患でも実施される手術や使用される医療材料は様々であり、疾患によってはDRG点数と出来高点数に大きな乖離をきたす。RAで膝の鏡視下滑膜切除とTKAでは手術料が異なるのみで包括点数も特定入院期間も一緒となる。また、同じ人工関節手術で「リウマチ」と「関節症」の診断群の違いでDRG/PPS点数は倍の開きがある。RA手術のDRG点数は人工関節以外の様々な手術も含んだデータを平均して算出されたものだからである。これに対して関節症は人工関節手術の占める比率が比較的高いため、実勢により近い点数となっている。

当院でDRG/PPS第1版を用いた1年間のMDC7:筋骨格系疾患のDRG点数と出来高点数を比較したものを表6に示す。高額医療材料の使用頻度の高かったRAでは出来高よりも極端に低いDRG点数となった。

表5 日本版DRG第1版:MDC7:筋骨格系疾患の一部

診断群分類番号	疾患名	診療行為等	特定入院期間(日)	平均入院期間(日)	相対係数	点数(点)
703	関節リウマチ、炎症性関節症合併症なし	手術なし	40	19.46	1.049	40,704
704	関節リウマチ、炎症性関節症合併症あり	手術なし	52	25.21	1.4409	55,911
705	関節リウマチ、炎症性関節症合併症なし	手術あり	105	31.34	2.0639	80,086
706	関節リウマチ、炎症性関節症合併症あり	手術あり	60	30.11	2.1088	81,828
707	変形性関節症、類似症 合併症なし	手術あり	108	41.15	3.0575	118,640
708	変形性関節症、類似症 合併症あり	手術あり	112	39.90	2.8665	111,229

表6 DRG第1版にもとづくRAのDRG点数と出来高点数の乖離

分類番号	分類名	患者数	出来高点数計①	DRGレセ点数計②	点数の差②-①
703	関節リウマチ 合併症なし 手術なし	13	1056378	691560	▲ 364818
704	関節リウマチ 合併症あり 手術なし	19	1148015	1191122	43107
705	関節リウマチ 合併症なし 手術あり	108	18424401	13894961	▲ 4529440
706	関節リウマチ 合併症あり 手術あり	75	13505113	9594900	▲ 3910213
707	変形性関節症 合併症なし 手術あり	53	10330565	8556064	▲ 1774501
708	変形性関節症 合併症あり 手術あり	28	6238423	4502726	▲ 1735697

(九州医療センター H11.4~H12.3)

5. 日本版DRG第2版(DPC version 2)

DRG第2版は平成13年4月から現在まで用いられている。疾患はICD-10コードにより分類、MDCは新生児と小児疾患が増えて15になった(表4)。MDCが増えるとともに、分類も183分類から532分類と増加したがPPSが設定されたのはその中の267分類である。第2版は、平成8年の厚生省推計入院患者統計から、合併症の有無、手術の有無により診断群を分類し、PPSを第1版と同じ計算式により決定した。また第1版では、主病名以外の併存症・合併症に行われた手術や1,000点以上の処置は出来高算定ができたが、第2版では併存症(入院前から罹患し、主病名と密接な関係がある)があっても統計上有意差がない群は、それを含んで相対係数を決めた。合併症は入院後に生じた疾患・病態と定義し、これによる分類は行わない。術後感染等の合併症治療はPPSでまかなうため、持ち出しになることが多い。また、診断群に対応する手術名・処置名を診療報酬点数表で特定し、対応しない手術や1,000点以上の処置は、薬品類はもちろん技術料もPPSに含まれる。試行は従来と同じ10病院で続行され、全入院患者に対するPPS該当率は50%に増加した。対比資料費提供病院として、4国立病院と1社会保険病院が指定され、手上げ方式によって1大学を含む51施設が参加し、合計56施設の全入院患者データが試行病院と比較検討されている。

RMDC7筋骨格系疾患のDRG分類数は18から36へと2倍に増加した。そのうちPPSが設定されたのは28分類である。この分類でも依然として一つの診断群に異なる多数の疾患・病態・手術が含まれている。第2版では第1版でDRG点数と出来高点数の乖離が大きかった関節症の点数が約2倍に増加している。RAでも引き上げられているが、人工関節の症例ではまだ圧倒的に持ち出しとなる点数である。

DRG第1版では単に手術の有り無しで分類するだけだったが、第2版では診断群ごとに対応する手術が診療報酬点数表のK項分類で設定されている。しかし設定されたK項の手術術式をみると、第1版同様、同一DRG内で出来高とDRG点数の乖離が予想されるものが多数ある。たとえば「リウマチ」の鏡視下滑膜切除、脊椎固定、人工関節置換、「関節症」の人工関節、骨切り術などである(表7)。

当院でDRG/PPS第2版を用いたRAとOAのDRG点数と出来高点数を比較したものを表8に示す。第2版でDRG点数が引き上げられた関節症では出来高を上回るDRG点数となった。リウマチ・手術有り群では依然出来高点数を下回っているが、その差は減少している。一方、リウマチ・手術無し例ではDRG点数が圧倒的に出来高点数を下回っている。

これは、リウマチの手術なし群では悪性関節リウマチや成人スティル病等、重症例、合併症治療例に濃厚・高額医療がなされ、在院日数も長期化した症例が多いことに起因している。

表7 日本版DRG第2版:MDC7:筋骨格系疾患の一部

分類番号	診断群分類名	手術	ICD-10コード	特定入院期間(日)	平均入院期間(日)	相対係数	点数	
7007	関節リウマチ	手術なし	M05	51	21.51	1.2013	48,625	
7008	関節リウマチ	手術あり	K066 関節滑膜切除術 K078 観血的関節固定術 K080 関節形成手術 K082 人工関節置換術 他	M06 M08.0	89	38.05	2.9107	117,812
7010	股関節症・膝関節症	手術あり	K082 人工関節置換術 K0541、K0542 骨切り術 K140 骨盤骨切り術 他	M17	114	64.46	5.4385	220,128

表8 DRG第2版にもとづくRAのDRG点数と出来高点数の乖離

分類番号	分類名	該当患者数	出来高点数計①	DRGレセ点数計②	点数の差②-①
7007	関節リウマチ 手術なし	62	6,429,301	3,933,382	▲ 2,495,919
7008	関節リウマチ	146	24,743,851	24,415,103	▲ 328,748
7010	股関節症・膝関節症	54	10,575,256	14,615,997	4,040,741

(九州医療センター H14.1～H14.12)

6. 日本版DRG第3版(DPC version 3): DPC (Diagnosis Procedure Combination)

診断名とそれに関する手術や処置を一連のもの(Diagnosis Procedure Combination)として分類を行う

「MDC16外傷、熱傷、中毒、異物、その他の疾患」が追加

対象病院: 大学病院、国立がんセンター、国立循環器病センターの計82病院

対象患者は一般病棟入院患者で傷病名等が診断群分類(1860分類)に該当するもの

包括算定: 入院基本料、検査(内視鏡検査等を除く)、画像診断、投薬、注射、処置(1000点以上を除く)

包括評価: DPC毎の1日あたり点数×医療機関別係数×入院日数で算定

DPC毎の1日あたり点数: 入院日数に応じて3段階設定

在院日数の25%値まで平均点数に15%加算

平均在院日数を越えた日から前日の85%で算定

平均在院日数+2SDを越す長期では出来高算定

医療機関別係数は①現行の入院基本料加算等を係数化したもの②前年度医療費実績にもとづく医療機関ごとの調整係数を合算したもの

出来高評価：手術・麻酔、放射線治療、指導管理、1000点以上の処置、リハビリテーション（薬剤料を除く）、精神科専門療法（薬剤料を除く）、内視鏡検査等 * 特定医療材料は出来高評価される 平成15年4月1日より開始

今回のDPCでは、DRG第1、2版で一緒にまとめられていたRAが、上肢のリウマチ、下肢のリウマチ（股関節を除く）、股関節リウマチに分けられ、上肢と下肢は人工関節置換術とそれ以外の手術が区別されている。これらは分類が実際のコストや在院日数に見合ったPPSにより近くなったものとして評価できる。また、これまで人工関節等の高額医療材料の包括算定が出来高とDRG点数の乖離の大きな原因であったが、今回特定医療材料は出来高とされている。

表9 日本版DRG第3版(DPC ver. 3) : MDC7:筋骨格系疾患の一部

番号	傷病名	手術	処置等		副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期間(日)
			1	2			I	II	入院期間			
									I日未満	I日以上 II日未満	II日以上	
1122	上肢(肩から手まで)のリウマチ	その他の手術あり					8	24	2,631	2,138	1,817	59
1123	上肢(肩から手まで)のリウマチ	人工関節置換術					17	33	2,477	1,831	1,556	57
1124	上肢(肩から手まで)のリウマチ	関節形成手術					11	21	2,545	1,881	1,599	33
1125	下肢のリウマチ(股関節を除く)	なし					8	26	2,734	2,239	1,903	64
1126	下肢のリウマチ(股関節を除く)	その他の手術あり					16	32	2,439	1,823	1,550	50
1127	下肢のリウマチ(股関節を除く)	関連手術あり					16	35	2,388	1,831	1,556	75
1128	下肢のリウマチ(股関節を除く)	人工関節置換術					21	42	2,374	1,770	1,505	69
1129	股関節リウマチ						23	46	2,405	1,791	1,522	83
1138	リウマチ以外の全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患(検査入院)						6	14	3,610	2,845	2,418	31
1139	リウマチ以外の全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	なし	なし	なし			13	31	2,987	2,338	1,987	75
1140	リウマチ以外の全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	なし	なし	あり			15	36	3,027	2,369	2,014	85
1141	リウマチ以外の全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	なし	あり	なし			24	50	3,020	2,277	1,935	110
1142	リウマチ以外の全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	なし	あり	あり			32	64	3,485	2,590	2,202	124
1143	リウマチ以外の全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	あり	なし				15	37	2,822	2,220	1,887	95
1144	リウマチ以外の全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	あり	あり				27	53	2,418	1,787	1,519	109

7. DPC導入への今後の対策

今後、原価計算に基づくPPSが組み合わされ、入院患者に広くDPCが適用されていくことが予想される。当院でもDRG第2版の試行が終了し、2004年4月にはDPCに移行する。このため、病院経営上ますます在院日数の短縮、医療内容の見直しが迫られる。そのためクリティカルパスを用いた医療の標準化、効率化、医療の質の向上が必須である。表10はクリティカルパスとDRG/PPSの導入前後における当科RA患者のTHA手術入院における在院日数や診療報酬の推移をみたものである。現在、THAでは術後2日で歩行器歩行、1～2週で1本杖歩行、2～3週で痛みなく安定した歩行ができれば自宅退院としている。クリティカルパスとDRG/PPSの導入後、在院日数は減少し、その結果1日あたり診療報酬単価も増加している。ただし、これは一定の退院アウトカムを保ち、患者満足度を落とすことなく、むしろ早期荷重歩行、早期退院可能な手術内容や後療法を提供した結果であり、医療の質の維持・向上を伴う必要がある。

表10 RA患者のTHAにおけるクリティカルパスとDRG/PPS導入前後の在院日数・診療報酬

	在院日数 (日)	術前在院日数 (日)	術後在院日数 (日)	診療報酬 (点)	診療報酬 1日単価(点)
DRG前(n=14)	46.7	5.1	41.6	259,071	5,547
DRG後CP導入前(n=16)	42.4	4.5	37.9	225,312	5,314
DRG後CP導入後(n=17)	34.7	3.7	31	208,394	6,005
新DRG後(2001.4~)(n=15)	32	5	27	204,924	6,403
新DRG後(2002.4~)(n=32)	25.4	1.8	23.4	211,109	8,311

なお、最近抗TNF α 抗体の入院点滴投与がおこなわれているが、DPCでは高額薬剤費も包括されることが問題である。

これに対して、日本リウマチ学会社会保険委員会は厚生労働省に対して要望書を提出している：

特定機能病院等の包括評価における「点滴静注用レミケード100」使用について

1. 特定機能病院等において入院投与が円滑に行われるために「抗TNF α 抗体製剤による治療を受ける患者」を包括対象外として出来高払いの対象とする要望
2. 関節リウマチ治療において、「抗TNF α 抗体製剤」の枠を新設して、同剤使用を反映した点数の設定要望

【RA 包括医療 - 外来】

米国では病院の入院医療にDRG/PPSが導入されたことで、病院はよりハイコストの入院医療から軽費ですむ外来医療へと患者をシフトさせた。たとえば米国の病院手術の70%が日帰り手術になり、末梢血幹細胞移植を伴う化学療法まで病院外来でおこなうようになった。米国の病院外来医療費は10年間に10倍に増加した。これに対して、病院外来患者の疾患分類と支払い方式が開発され、2000年8月より全米のMedicareで疾患群別包括払い制度(Ambulatory Payment Classification: APC)として実施が始まった。APCではDRGと同様、外来患者を臨床像や資源消費パターンやコスト構造の類似性に着目して再分類した疾病群(Ambulatory Patient Group: APG)分類を用いる。

APG分類では、まず多量の資源を消費する外来手術、放射線治療、化学療法など主要な処置を含むかどうかで分類し、これらの主要な処置行為を含むものを主要処置APGとし、含まない場合を内科的診療サービスが中心となる診察サービスAPGとする。さらに診察サービスAPGは臨床像の類似点で再分類し、特定の症状や所見が含まれる疾患群疾患群SSF(Synptom, Sign, Function)として同定し、臨床症状や所見別に外来診察をパッケージ化してSSFのAPGとする。さらにこれらに補助的な検査・処置(臨床検査や一般X線撮影、低額の処置など)のAPGが加わり、約400に分類される(図5)。APGのそれぞれにAPC係数がつき、基礎償還額(ベースレート)をもとに価格が決定される。なおDRGのコードは1疾患群について1コードであるが、APCの場合は複数コードの組み合わせで請求する。

Medicareにおけるinfiximubの外来点滴に対するAPCを用いた支払いを表11に示す。処置が「コードQ0081化学療法以外の点滴療法」でAPC No.O120に該当し、82.95ドルが支払われる。薬剤費は通常APCに包括されるが、infiximubには別請求の「コードJ1745 infiximub 10mg」が適用され30.72ドルが別に支払われる。患者負担額を合わせて152.1ドルが1回の外来医療費総額である。

米国の流れを受けて、今後日本でも外来診療報酬支払いにAPCの導入が予想される。DRG/PPSと同様、日本の医療制度の実情に即し、適正なコストを反映したAPG分類の作成が望まれる。まだAPG分類の作成作業は開始されていないが、主病名・副病名の記載を契機に、ICDコーディングをもとにした分類作業と医療コストの調査が行われていくものと考えられる。

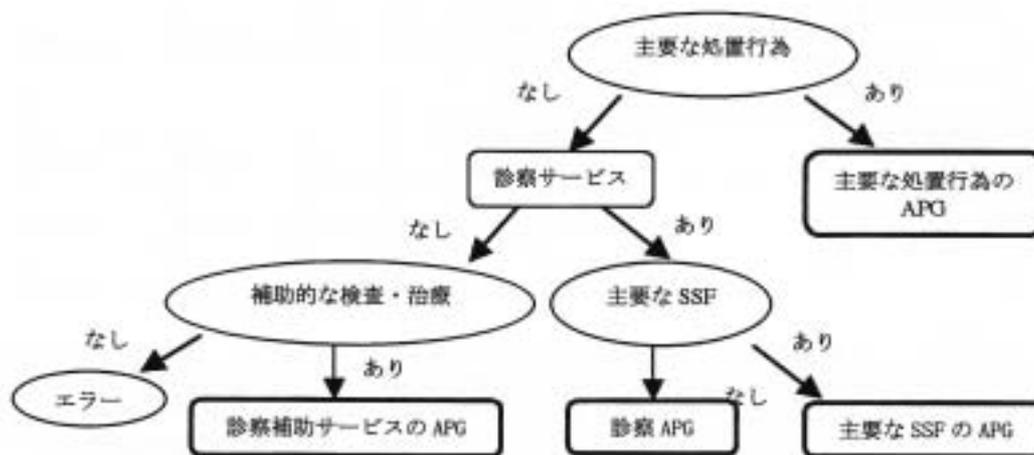


図3 APGの分類ルール

表 11 Medicare による APC に基づいた infliximab 外来点滴に対する支払い

Code	Description	APC No.	Medicare Payment	Patient Co-pay	Total
J1745	Infliximab, 10mg (1/10 vial)	7043	\$30.72	\$7.68	\$38.4
Q0081	Infusion therapy, using other than chemotherapeutic drugs, per visit	0120	\$82.95	\$30.75	\$113.7

【文献】

- 1) 橋本 明、佐藤 元、西林 保朗 他：RA患者のQOL:AIMS2改訂日本語版調査書を用いた多施設共同調査成績。II。医療費および関連する諸因子の解析。リウマチ 42：23-39, 2002.
- 2) Lajas C, Abasolo L, Bellajdel B. et al. Costs and predictors of costs in rheumatoid arthritis : a prevalence-based study. Arthritis Rheum 49：64-70, 2003.
- 3) Choi HK, Seeger JD, Kuntz KM. A cost effectiveness analysis of treatment options for methotrexate-naive rheumatoid arthritis. J. Rheumatol 29：1156-1165, 2002.
- 4) Cbiou CF, Wanke LA, Reyes C. et al. Comparison of the cost-efficacy of biologics in the treatment of rheumatoid arthritis. ACR meeting, 30 health service research, 2003.
- 5) 宮原 寿明：整形外科診療におけるDRG/PPSについて。日本臨床整形外科医会誌79：20-31, 2003.
- 6) 武藤 正樹：米国における病院外来：包括払い（APC）について。医療マネジメント学会監修 急性期病院のあり方と外来分離。(株)じほう：242-244, 2002.
- 7) Prospective payment system for hospital Outpatient Services ; calendar year 2003: final rule. Federal Register November 1, 2003.