日本アンダーライティング協会

第79回教育講習会

診療報酬制度の諸問題解説

日本アンダーライティング協会は1月22日、第79回教育講習会をオンラインで開催した。講師に東京歯科大学市川総合病院外科学講座主任教授の長谷川博俊氏を迎え、「診療報酬制度の諸問題」をテーマに解説した。当日のライブ配信のほか、アーカイブでも配信が行われた。

はじめに、長谷川氏は国民皆保険制度を説明し、続いて、①診療報酬制度、診療報酬明細書とは何か②診療報酬が支払われる仕組み・プロセス③診療報酬明細の各項目の説明④診療報酬明細書の作成要領⑤読み解き方（傷病名摘要の相関、点数の構成・仕組み）⑥傷病名と適用が一致しないケース⑦診療報酬制度・レセプト運営上の課題―の7点について解説した。

前提となる国民皆保険制度の特徴として、国民全員を公的医療保険で保障し、医療機関を自由に選べ、安い医療費で高度な医療を受けられること、社会保険方式を基本としつつ、皆保険を維持するために公費を投入し、国民の安全・安心な暮らしが保たれていることなどを挙げた。

また、保険診療については、患者は医療保険者に保険料を納めており、疾病に罹患すると医療機関から診療サービスを受け、医療機関に一部負担金を支払う。医療機関等は診療報酬の請求を審査支払機関に行う。審査支払機関は請求書が妥当かを審査の上、妥当であれば医療保険者に請求書を送付し、医療保険者から支払を受けたものを医療機関へ診療報酬として支払うという流れとなる。

医療費の一部自己負担割合については、70歳以上は2割、75歳以上は1割のみだが、現役並み所得者は3割負担。6歳未満は2割負担となる。

「診療報酬制度、診療報酬明細書とは何か」の項目では、診療明細書とは患者が医療機関から受け取るもので、初診・再診料、医学管理料・在宅管理料、投薬・注射、処置料、手術料、検査料、リハビリ料等が点数で記載されており、1点＝10円で計算されていると説明。診療報酬明細書とは、医療機関が市町村や健康保険組合に請求する明細書であり、入院・外来・歯科・調剤の4種類があると説明。

レセプト運営上の課題も列挙

「診療報酬が支払われる仕組み・プロセス」では、診療報酬の支払方式には、包括払いと出来高払いがあると説明、包括払いの包括医療費支払制度（DPC）は、病名や症状、必要な処置や検査などにより入院の内容を1572種類に分類し、その分類にあわせて医療費を計算する方法で、こちらは、入院中に最も医療費を投入した「傷病名」、入院中に提供される手術・処置・化学療法等の「診療行為」、依存症の有無を表す「副傷病」により臨床的に同質性のある患者群を分類し、DPCごとに定額の点数が設定されるとした。

包括医療費支払制度を導入しているのは大学病院等の大きな病院になるが、導入していないところは出来高払いとなる。出来高払いは、患者に提供した医療サービスに対応する報酬を支払う方式。長所としては、患者の状態に応じた医療サービスの提供が容易であり、過少診療の予防ができること、新しい医療を保険診療に取り入れることが容易であることだが、短所としては、過剰診療を誘発する恐れがあり、請求・審査支払い事務が複雑化することが挙げられる。

包括医療費支払制度のメリットは、過剰診療を防止することができ、請求・審査支払い事務の簡素化ができることだが、一方で、過少診療の恐れや、診療内容の不透明化をはらんでいるともいえるとした。

包括医療費支払制度には平均在院日数というものがあり、入院期間Ⅰと呼ばれる初期が一日あたりの医療資源の平均投入量が多く、その後Ⅱ、Ⅲと下がっていく。Ⅲの期間を過ぎると出来高払いとなる。医療機関としては、入院が長期化すると収益が下がっていく仕組みとなっている。

高額薬剤や手術等に関わる診断群分類については、入院期間Ⅰは1日目で固定されている。

DPCコードの決定にあたっては、主治医が「一入院あたり医療資源を最も投入した傷病名」に基づき一つだけ選択することになっている。例えば、「胃がん」で入院した患者が「敗血症」になり、敗血症が医療資源を最も投入した傷病であれば、医療資源病名は「敗血症」となり、DPCコードが敗血症で選択される。そのため、傷病名と適用が一致しないケースが発生することとなる。

そうすると包括点数が大きく異なってくるため、DPCコードの決定を行う医師への支援を含めた、DPCコード選択におけるバックアップ体制をいかに整えるかが重要だという。DPCコード（14桁）の構成は、疾患コードや、手術の処置等の有無等によって細かく決められている。

DPC算定の仕組みは、包括点数（診療群分類ごとの1日あたり包括点数×入院日数×医療機関別係数）＋特定入院料＋出来高点数＋入院時食事療養費等で計算される。出来高の部分は手術や食事、リハビリ料等が計算され、診療報酬明細書に記載される。

医療機関別係数の種類と役割として、機能評価は、例えば、看護師1人に対して患者が7人の場合と10人の場合では係数が異なってくることなどが挙げられる。

他にも、高額療養費制度もあるので、医療費が高額になっても実際に支払う金額は少ない。高額療養費制度は収入や年齢によって区分が分かれており、それぞれの計算式で自己負担限度額が計算される。

これらの内容を踏まえ、長谷川氏は診療報酬明細書の7症例をもとに、「診療報酬明細の各項目の説明」「診療報酬明細書の作成要領」「読み解き方（傷病名摘要の相関、点数の構成・仕組み）」を解説した。

入院期間Ⅰ・Ⅱの実際の点数の記載や、出来高の部分、併存病名、薬剤・診療情報等が明細書に記載されており、総合の点数が5万点（50万円）近くでも患者の支払いとしては8万円程度などで、患者の区分によって支払金額が異なる。また、診療報酬明細書を見れば、病名や入院の状況、合併症の有無等、幅広い情報を確認することが可能だ。

最後に「診療報酬制度・レセプト運営上の課題」として、いくつか例を挙げた。レセプト病名といい、例えば、腰が痛いからシップがほしいという患者がいるが、医療行為をして病名を書かないと保険では薬が出せないケースがある。

また、傷病名と適用が一致しないケースとして、すい臓がんの場合、組織をとって確定診断をしないとがんとは診断できないが、手術をすると結局はがんではなかったという場合等がある。

運営上の課題としては、審査機関で過剰診療等を審査するが、保険者や都道府県等によって基準があいまいで、個保と社保でも基準が異なるということもある。

AIを使用して基準を統一するということもあるが、機械的にしてしまうと、病名と実際に使用している薬の状況が異なる場合等、人間でないと見分けられないケースが出てくることもあると課題をまとめた。

（文責：日本生命保険契約部　加藤規子）