

## 第Ⅶ章 まとめ

### 1. 日本版RUG分類の開発と検証について

療養期の入院料を包括化するうえで、RUG-III を用いることの妥当性については、すでに平成 13 年度の報告書ですでに報告されている。そこで、本年度では、調査対象を、一般病床を中心に、入院基本管理料 1、2 と介護保険の病棟を除く全病棟とし、亜急性期から療養期の多様な特性をもった患者について分析した。

包括化するうえでの患者の分類方法として、アメリカの RUG-III 分類を、日本の事情、医師・看護師・ケアスタッフ等のタイムスタディ、職種別人件費から得られた費用、および医師の専門家会議において提示された分類試案に対する意見に基づいて修正した。そして、費用的にも、臨床的にも妥当な日本版 RUG 分類を開発した。

日本版は、医療最高度 3 分類、医療高度 3 分類、医療中度 3 分類、および医療軽度については、認知障害 2 分類、身体機能低下 4 分類の合計 15 分類より構成されている。アメリカの 44 分類よりも大幅に削減し、ADL による細分類の分岐にも整合性を持たせた。また、リハビリテーションについては、引き続き出来高で払うことを前提に、分類より除外した。なお、リハビリテーションを出来高で払ううえで、対象患者の選定基準、実施期間、効果の判定方法等について別途検討する必要がある。

分類結果を現場の医師、看護師にフィードバックしたところ、概ね妥当と評価されたものの、分類基準が必ずしも明確でなく、また分類の基準となる患者の特性が変化しやすいことが指摘された。今後の課題として、第 1 に分類ロジックに対する十分な説明、第 2 に患者の状態がどのように変化するかを検証し、それに基づいて患者の状態をアセスメントする間隔を規定することが残された。

### 2. 推計された費用と現在の報酬額

各病院の損益計算書及び職種別人件費から日本版 RUG 分類の各分類の費用を推計した。まず対象者 1 人ひとりの特性に応じて変動する変動費は、各職種の平均給与によって重み付けした職員の時間（CMI, Case-mix index）と、処方調査の薬剤費から推計した。一方、対象病棟の全員に均等に按分される固定費は、費用全体より変動費を除いて算定した。なお、費用全体は、当該病棟から発生する費用の割合が、収益における割合と同じであると仮定して推計した。

以上の結果、費用全体の約 4 分の 3 は固定費、4 分の 1 は変動費であった。両者を合計した費用より日本版 RUG 分類ごとの費用を算定すると、最も高い医療最高度の中のグループと、最も低い身体機能低下の中のグループの間には約 5 割の格差があった。このように算定した各分類の費用と、診療報酬に従って実際に請求された報酬額は大きく相違しなかったが、前者の方が患者特性の相違をより適切に反映していた。

今後の課題は、第 1 に患者特性を反映した CMI 変動費と、薬剤費の関係を明らかにすることである。今回の分析から、医療最高度の細分類およびそれ以外の RUG 大

分類の CMI と、当該分類に分類された患者の平均薬剤費の相関は 0.90 と高く、薬剤費部分をそのまま CMI に含めて算定してもよいことが示唆された。但し、その場合はたとえば月 5 万円以上の高額薬剤(処方剤数全体の 1%)については、一定の条件下で別途支払うようにしたほうが、臨床現場においても合意が得られやすいと思われる。

第 2 の課題は、費用の算定をより厳密に行うことである。今回は、費用全体が当該病棟の収益比率をそのまま反映しているものとして仮定して算定し、また変動費として実測できた費用は、全体の費用の 4 分の 1 に過ぎなかった。実際の変動費の割合はより高いと考えられるため、それを費用に反映させれば日本版 RUG 分類による分類間の費用格差は拡大する。ちなみに、処方調査から各患者に帰属する薬剤費の金額は、損益計算書から算出した薬剤費・医療材料費の金額の半分以下であり、費用の全体額および材料費の構成比の推計とともに問題のある可能性が高い。また、医師の人件費のうち、タイムスタディで把握し、変動費として算定した時間は全勤務時間の平均 4 割弱に過ぎず、この割合が高まれば、変動費の割合も高まる。

### 3. ケアの質を測る指標について

各病棟にケアの質を測る指標として、アメリカで新たに開発された QI (Quality Indicator) のうち、1 回だけのアセスメントで計算可能な「褥瘡」、「褥瘡高リスク」、「痛み」、「痛み入院早期」、「感染症」、「尿路感染」の各 QI を測定した。なお、このうち「痛み入院早期」だけが亜急性期の患者を対象とする病棟の QI であり、残りは慢性期の患者を対象とする病棟の QI である。

その結果、各 QI の値は、病棟により大きな差があることがわかった。一般に人員配置の多い病棟ではケアの質は高い傾向にあり、一方、CMI が高い(費用のかかる対象者が多く入院)病棟ではケアの質が低い傾向にあった。しかし、各病棟の患者のリスク(QI を悪くさせる要因)が十分補正されていない可能性がある。ちなみに各病棟における人員配置と、CMI の間には弱い逆相関がある。

今後検討すべきは、QI の質の評価指標として適切性、患者の特性を補正する方法の適切性、および病棟単位で計算することの適切性などの各課題である。

以上、日本版 RUG 分類、同分類に基づいた報酬額の算定、QI による質の評価のいずれにおいても課題が残され、また、アセスメントする間隔についても今後の調査研究に付託された。さらに調査対象病院は、1 病院を除いて予算等の関係で北海道内の病院に限られるなど必ずしも日本を代表するサンプルではなかったため、今後、大規模な調査を実施し、その結果を踏まえて包括評価のための諸条件を整備する必要がある。その際、今回開発した日本版 RUG 分類、および費用額の試算結果と質の評価手法が参考になれば幸いである。