

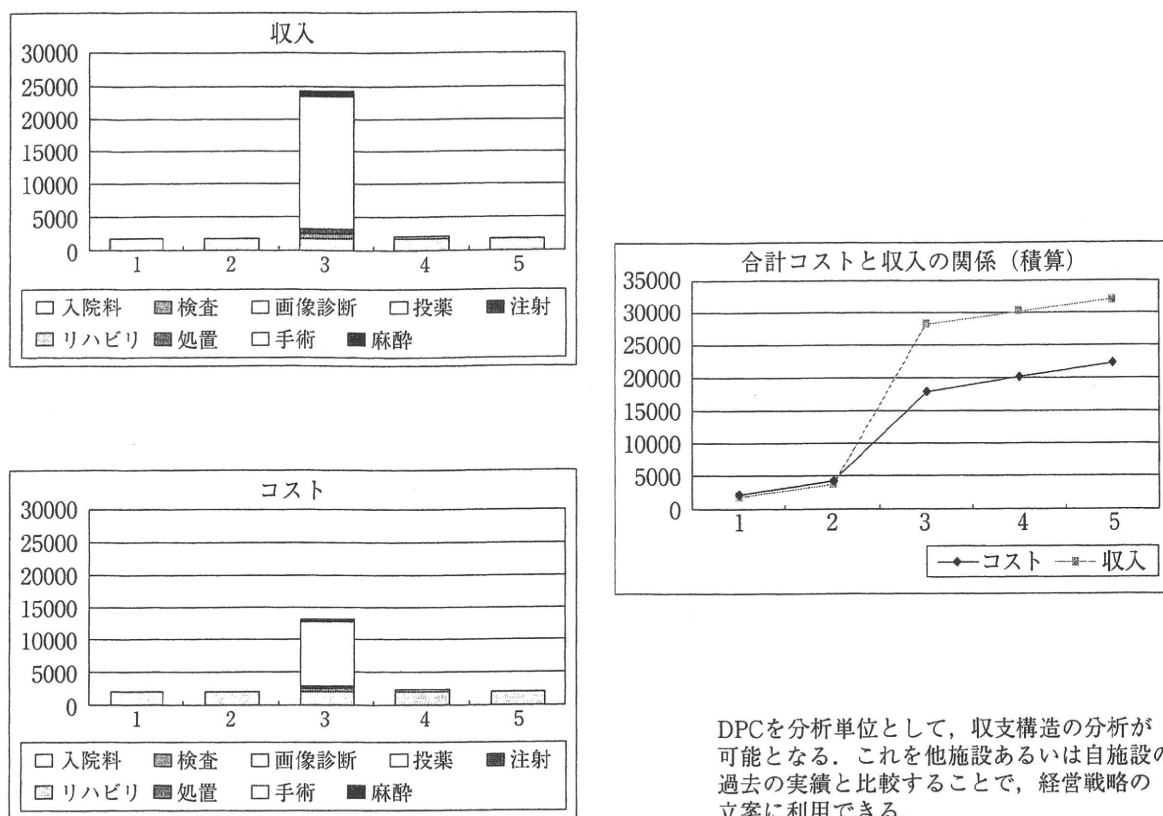
表3 9月27日中医協提出資料(抜粋)

<ul style="list-style-type: none"> ・ 診断群分類に応じた患者1人あたりの包括評価を原則とした支払い方式。ただし、手術料の取り扱い等、包括評価の対象範囲については検討。 ・ 包括評価の水準(基礎償還点数)は各医療機関の状況に配慮。 ・ 医療機関別の評価に反映させるべき事項 <ul style="list-style-type: none"> — 重症患者の受け入れ実績 — 紹介患者の受け入れ実績 — 救急患者の受け入れ実績 — 医療従事者の指導実績 — 新規技術の導入実績 — 医療安全対策の実績 — 地域医療との連携の実績 — その他 ・ 診療報酬の請求については、月ごとの請求を基本 ・ 患者1人あたりの1日あたり包括評価の診療報酬算定式案 <ul style="list-style-type: none"> — 基礎償還点数×診断群分類別係数×医療機関別係数 <ul style="list-style-type: none"> ・ 基礎償還点数：対象となる医療機関における包括評価部分に係る患者1人あたりの1日あたりの診療報酬額の平均値 ・ 診断群分類別係数：各診断群分類に使用される診療報酬の平均値を基礎償還点数と比較してウェイト付けした相対係数 ・ 医療機関別係数：前年度の医療費の実績及び医療機関別の評価に基づき設定する医療機関ごとの係数 ・ 1人あたりの総診療報酬は、1日あたりの診療報酬に入院日数を乗ずることを基本とするが、入院日数を考慮した評価を検討
--

明責任を負うことになる。このためには各施設において診断群ごとのコスト構造が把握できるような仕組みを将来的には持つ必要がある。現在、研究班ではそのような分析を行うためのコストिंगマニュアルの作成を鋭意行っているが、国立、公立、私立と設置主体の異なる施設共通のマニュアルを作ることは容易ではない。平成14年度中には基本的な考え方を整理し、15年度にはいくつかの標本病院におけるコスト分析のプログラムを開始したいと考えている。一方、各施設においても、できれば研究班との連絡を密にいただき、コスト分析手法の確立にご協力いただければ幸いである。そして、仮にそのようなコスト分析に関する方法論が確立した場合、現在の各病院における病院管理部門(医事課、会計課、病歴室、医療情報室など)の業務は大幅に変化するものと予想される。例えば、図2に示したようなデータを診断群ごとに作成し、収益性の検討を行ったり、あるいは中長期的な事業計画の検討を行うことが求められる。民間病院を対象にわが国独自の原価計算の仕組みを開発している健康保険連合会の診断群分類の調査研究では表4に示したような結果を示しているが¹⁾、このような資料が整備されることで、各施設はより合理的な施設の運営が可能になるであろう。その意味で、病院管理部門は、経営企画課的

な機能を持つことが、今後強く求められるようになるであろう。そして、このようなコスト分析が行われるようになれば、現在、中医協等でも問題となっている、医療技術の原価に関する検討を行うための資料を整備することも可能になる。また、仮に小児医療などが構造的に赤字体質であることが、このような分析によって実際の数字として示されれば、それが診療報酬改定あるいは政策医療としての補助金導入への客観的な資料にもなる。さらに、前々号で示したイギリスの例のように、診断群ごとに平均費用を施設単位で示すことで、相互比較が可能となり、効率性改善のためのベンチマーキングを行うこともできる。このような試みが、現在行われている診療行為の標準化やEBMに関連した研究事業、あるいは質の評価に関連する事業と総合的に議論されることで、わが国の急性期医療の効率性と質の改善が進むことになると筆者は考えている。

ところで、このような試みが行われるためには病院の情報化が必須となる。そして、このような情報化は第一義的には正確な情報を、関係者の作業負担を増大させない、より理想的には軽減する形で作成できるものでなければならない。そのためにはDPCに対応した電子レセプトや電子カルテの仕組みが構築される必要がある。具体的には日々の医療行為がフルオーダーリン



DPCを分析単位として、収支構造の分析が可能となる。これを他施設あるいは自施設の過去の実績と比較することで、経営戦略の立案に利用できる。

図2 DPCに基づく分析モデル例

表4 診断群分類「扁桃又はアデノイドの慢性疾患・手術あり」の収支分析例

		在院日数	入院料	検査	画像診断	投薬	注射	処置	手術	麻酔	固定費用	変動費用	合計
施設A	収入	9.4	20,016	1,778	0	393	1,506	127	6,949	7,506	20,016	18,259	38,275
	コスト		31,989	871	0	336	1,228	48	3,263	3,525	31,989	9,271	41,260
施設B	収入	9.2	19,989	558	0	3,820	1,287	549	8,148	8,323	19,989	19,245	39,234
	コスト		30,505	308	0	344	757	99	3,471	3,545	30,505	8,525	39,030
施設C	収入	7.4	16,193	0	0	282	600	225	6,627	7,614	16,193	15,348	31,541
	コスト		23,440	0	0	515	304	11	3,433	3,944	23,440	8,207	31,648

出典：健保連 (2002)

グで入力され、それが医事課の情報システムと連動することで、退院時(あるいは月末)に必要な最小限のデータ入力を行えば、請求用のファイルが完成する仕組みを構築する必要がある。すでに、鹿児島大学医学部附属病院や帝京大学医学部附属病院、あるいは東京大学医学部附属病院ではそのような仕組みが検討されており、研究班としてもその一般化に向けての支援を行いたいと考えている。また、情報化に関しては、各部門の責任についても明確にする必要がある。図3は産業医科大学病院における現在の様式1作成過程の例であるが、全体の情報の流れの監督は医事課、医療情報の

入力は各病棟(主治医による入力と病棟医長による確認)、入力された情報の質の管理は医療情報部門(医療情報担当医師と診療情報管理士)というように各部門の責任を明確にしている。わが国の場合、これまで情報の管理に関しては誰が責任を持つのかという議論が行われていないが、アメリカやオーストラリアのように専門のコーダーを育成するのか、あるいはフランスやポルトガルのように医療情報専門の医師がその管理を行うようにするのか、プロトタイプを今後決めることが、情報の質を保証するためにも必要なことであろう。

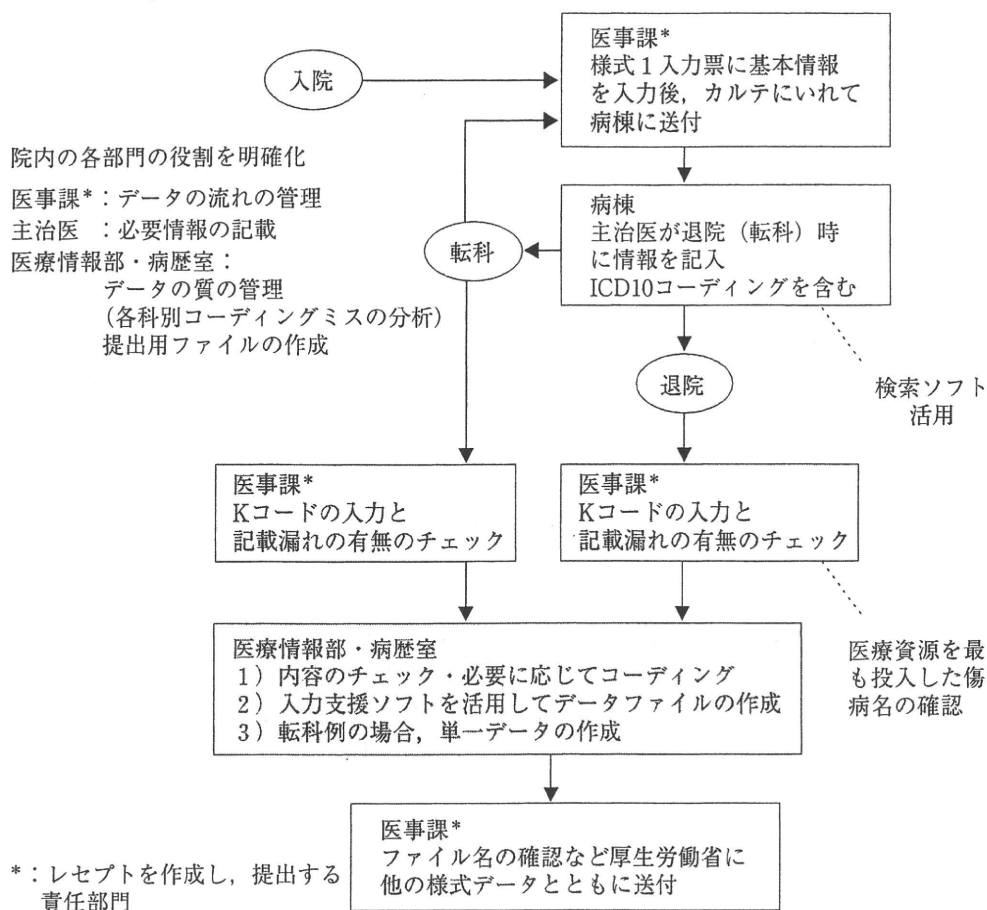


図3 様式1の作成方式例
 (紙ベースで情報を作成：産業医科大学病院の例)

IV. 現在の分析の状況

現在の分析の状況であるが、我々の研究班は中医協の指示を受けて分析を行っているため、その具体的な内容については中医協に資料を提出した後でなければ公表することはできない。そこで、ここでは現在行っている検討内容の概要と、中医協に提出された資料の一部を紹介するにとどめる。まず、民間60病院のデータについては、DPC ver.2 (532分類)に基づいて前号で紹介したような平均在院日数の分析を前年度に引き続き行っている。来年度、特定機能病院における支払いの基礎となると考えられているDPC ver.3については、関連学会との検討結果を踏まえながら分類の精緻化を行い、実際のデータの割付を試みている。データについては、前述のように内容のチェックをして、訂正を行ったものから順次データベース化し、在院日数、診療報酬(全体と診療行為別、さらにこれを一日あたりで計算したもの)の分布を分析し、分類の妥当性、包

括化の範囲、及びアウトライヤーの定義などの検討を行っている。厚生労働省は10月16日の中医協に8月までに収集されたデータに基づいて本研究班が分析を行った速報値的な資料を提出しているが、DPCへの該当率は全体で96.3%と、これまでの診断群分類に比較して大きく改善している。また、平均値と標準偏差を見る限りにおいて、ばらつきの程度もさほど大きくは無い。以上の結果はまだ中間的なものであり、今後データの追加や包括範囲の決定等を受けて分析を行っていく予定である。この結果の詳細については、中医協への資料提出とその審議結果を待って改めて報告したい。

V. 今後の課題

わが国の診断群分類については、その運用に向けての動きが速すぎるという批判がある。しかしながら、検討をいくら重ねてもこのような分類に完全なものはありません。継続的に精緻化を行っていく性質のものであろう。実際に、イギリスやオーストラリアのビクト

リア州では数カ月の準備期間で最初の導入を開始し、その後、逐次の改定を行っている。逆に、十分過ぎるほど長い検討期間を設けたドイツでは、検討の間に議論が広がりすぎてしまったために、関係者間の合意形成が困難となり、AR-DRG (Australian Refined DRG) の導入を決めた現在においても、事業の運営が不安定な状況となっている。その意味において、わが国の場合、短期間で集中的に関係者に情報を提供し、共通の基準で医療情報を透明化し、そして異なる病院間の比較検討が可能になる仕組みを導入したことの意義は大きく、今後、運用の各段階で修正を適宜行っていくことで、より実質的なシステムが構築できると筆者は考えている。確かに、今回、急速な環境変化により、各施設においては、当初大きな混乱が生じたことは否めない。実際、厚生労働省や研究班には、調査研究開始直後から多くの疑義が寄せられてきた。関係者へのより詳細な情報提供と支援が足りなかった点については、研究班としても深く反省している。しかしながら、特定機能病院に限って見れば、各施設からのデータ提出状況とその精度を見る限りにおいて、診断群分類導入のための基本的な体制は、いずれの施設においても整備されたと判断できる。介護保険制度導入前後においても、そうであったように、日本の医療関係者の能力は高く、単に今回の仕組みの変化に対応するのみならず、今後、診断群分類を用いた種々の質管理手法や病院管理手法の確立が、研究班における検討を待たずに、自主的に行われるであろう。例えば、各施設においてDPCごとのクリティカルパスが作成され、それが学会等で比較・検討されることで、医療の標準化が進むことが予想される。しかしながら、このような試みの基礎となる診断群分類の精緻化については、今後、検討すべき課題はまだ少なくはない。例えば、現行の分類では1入院・IDPCとなっているが、複数の疾患に対して、それぞれ異なる医療行為を行い、そのどちらが主要な医療サービスであるのか決めかねるといった症例が存在することから、複数のDPCを割り付ける方法論についても今後の検討課題である。これについてはすでにフランスのEfp、オランダのDBCなどの先行事例があるので、これらについて詳細に検討することで、何らかの解決策を提案したい。また、リハビリテーションの必要度や看護必要度の評価も行うべきであるという意見があり、これについてもドイツのRTG (Rehabilitation Treatment Group) やベルギー・スウェーデンなどにおける看護必要度の評価といった先行事例に

基づいて検討を行う予定である。その他、診断群分類については、その本来の目的である、病院管理や医療の質評価の手法開発についても、今後、重点的に検討を行っていききたい。

ところで、診断群分類については、あらたにわが国独自の分類を採用するのではなく、すでに外国で開発された診断群分類を用いることが望ましいという意見がある。その理由としては、すでに豊富な運用実績があり、精度が保証されている、また病院への導入ノウハウの蓄積もある、国際比較が可能である、といったことがあげられている。しかしながら、国際比較に関しては、そもそも医療制度が異なる国の間で個別の医療費の比較を行うことの妥当性はさほど高くないと考えられる。この点は、わが国と同様に独自の分類(HRG; Health Resource Groups)を開発したイギリスの担当者が、訪問調査を行った際に述べていたことである。そして、その担当者によれば、医療費の適正化に関しては、国内の医療機関の情報を公開し、各施設にその説明責任を負わせることで十分であるということであった。一方、第一点の導入コストの点については、確かにすでに開発されている分類を導入することのメリットは少なくないと思われる。しかしながらそのメンテナンスにかかる費用やわが国の診療行為をICD9 CM (International Classification of Diseases, 9th version, Clinical Modification) に割り付ける作業に関しては問題が大きいのではないかと考える。さらに、わが国の場合、診療報酬表における詳細な医療行為のコード体系とそのコンピュータ化が行われており、それを捨てることのコストはあまりに大きい。むしろ、このような既存のシステムを活用することが経済的にも实际的であり、また現場の混乱も少ないであろう。さらに重要な点として、筆者の理解する限りでは、わが国の医療関係者、特に現場の医師が、日本独自の分類体系を構築する強い意志を持っているのではないだろうか。それが、DPC ver.3の開発過程で、諸外国に比較してより詳細な分類を各学会が求めた理由でもあろう。診断群分類を使用するのは、現場の医療関係者であり、したがって、その支持が導入の基盤となる。また、病院管理の面においても、今回、このような形で日本独自の診断群分類の開発と、それにかかわる情報の収集あるいは各施設の関係者と研究班及び厚生労働省の担当者の議論が行われていることのメリットは大きいと考える。筆者は医療経営コンサルタントの存在を否定するものではないが、そのようなコンサルティングが

機能するためには、現場担当者の意識と能力が一定レベルに達している必要があると考えている。今回、現場の担当者、特に医事課や医療情報部の関係者を巻き込んで事業を行っていることで、そのような担当者の意識改革が進んでいるという印象を受ける。ある意味で、今回の試行調査が現場担当者のトレーニングの機会になっているのである。そして、このような現場の関係者の能力形成が、将来的に病院管理の効率化・近代化にもたらすメリットは大きいであろう。

診断群分類という共通の基盤による特定機能病院の評価がわが国においても来年度から導入される。これは今後のわが国の医療制度の方向性を探る大きな社会実験でもある。財政面のみならず、医療における消費者主権という大きな環境変化の中で、医療施設も変革を求められている。変革のキーワードは情報の標準化

と透明化、そして説明責任と利用者による選択である。医療施設が自ら情報を公開し、それを国民が評価する時代が来ているのである。このような変革は医療関係者にとって必ずしも心地よいものばかりではないだろう。しかし、医療関係者の日々の努力が正当に評価されるためにも、情報の標準化と透明化を避けて通ることはできない。診断群分類の導入はこの流れの中にある。研究班としてもできるだけ支援をさせていただく覚悟であり、改めて関係者の積極的な関与をお願いしたい。

文 献

- 1) 健康保険組合連合会. 平成 13 年度「急性期入院医療の疾病別定額制に関する調査・研究事業」報告書, 東京: 健康保険組合連合会. 2002.

診断群分類とは何か (4) 実務面及び研究面での今後の課題

産業医科大学医学部公衆衛生学教室

松田 晋哉

キーワード DPC, 日本, 医療情報, 支払い制度

1. はじめに

当初3回の予定で開始したこの連載であるが、中医協等での審議の状況を踏まえて4回目を迎えることとなった。平成14年9月27日以降、中医協の診療報酬基本問題小委員会（以下中医協と略す）において特定機能病院等における包括評価についての基本的な考え方が議論されてきた。その結果、第14回（11月27日）と第15回（12月18日）の委員会での検討において、包括の範囲や診断群分類に基づく支払い方式等について大枠での合意がなされている。そして、1月以降の委員会では個別の具体的事項について検討が行われ、15年度から特定機能病院等において診断群分類に基づく支払いが行われることになる。また、昨年末（12月17日）には「医療保険制度の在り方」及び「診療報酬体系の見直し」についての厚生労働省試案が出された。同試案では、現行の出来高払いを基本とした診療報酬体系が個々の診療行為にきめ細かく対応できる一方で、検査や投薬等の量的拡大の誘引が働きやすいこと、医療技術の評価や医療機関の運営コスト等の適切な反映がなされていないこと、医療の質や効率性の向上についての評価が十分でないことなどを問題点としてあげ、医療提供体制の重点化・効率化及び医療保険制度の安定性と継続性の観点から診療報酬体系の見直しが必要であるとしている。そして、改革の基本的方向としては①医療技術の適正な評価を重視した診療行為別の評価（ドクターフィー的要素）と②医療機関の

運営コストや機能の適切な反映を重視した入院医療の総合的な評価（ホスピタルフィー的要素）に再編することを明記している。そしてドクターフィー的部分については技術の難易度や時間を考慮し、ホスピタルフィー的部分については疾患の特性や看護の必要度等を反映した評価することとされている。さらに、ホスピタルフィーについては、急性期入院医療と慢性期入院医療等の二つを区分し、前者について診断群分類による包括評価の実施に向けて検討することを明記している。このことは平成15年度から全国82の特定機能病院等で導入が開始される診断群分類に基づく包括評価を、他の急性期病院にも一般化することを意味しており、わが国の医療提供体制に大きな影響を及ぼすことになる。本論文では昨年の9月以降4カ月間における上記のような議論の急速な展開を受けて、診断群分類に関連する現状と今後の動向について筆者の考えを述べて見たい。なお、本稿における考察等は筆者個人の見解であり、研究班全体及び厚生労働省の考えではないことをあらかじめお断りしておく。

II. 診断群分類の作成状況について

1. α版とβ版の関係について

わが国の診断群分類（Diagnosis Procedure Combination; DPC）にはいわゆるα版とβ版が存在する。まず、ここでは両者の違いと関係について説明する。診断群分類の作成については、分類の基本的構造を「傷病名、手術、処置等、副傷病名、重症度等」とした上

DIAGNOSIS RELATED GROUPS (4) FUTURE DIRECTION OF DPC RESEARCH AND HOSPITAL SERVICES BASED ON DPC

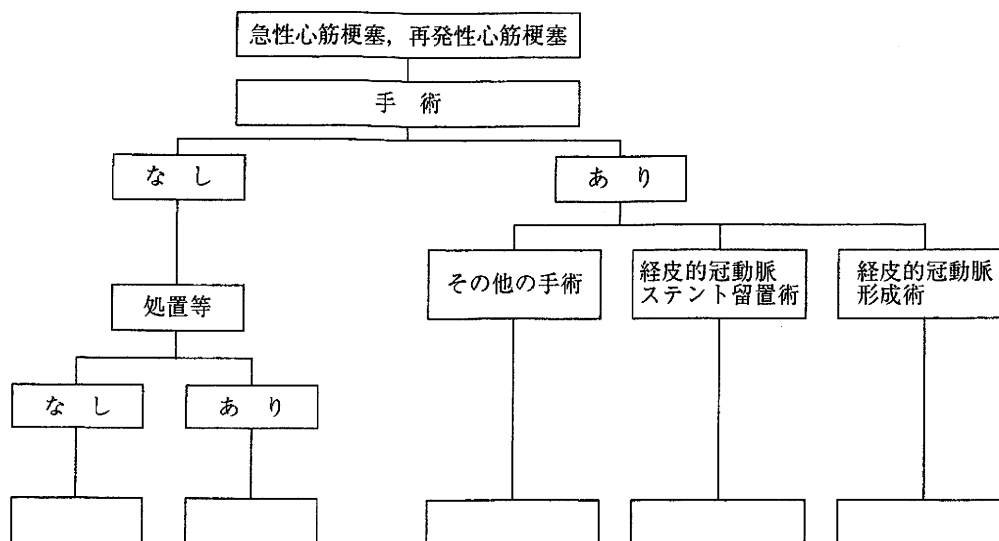
Shinya Matsuda

Department of Preventive Medicine and Community Health, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health

表1 α版における分類例(05003 急性心筋梗塞, 再発性心筋梗塞)

ICD 名称	ICD コード	手術・処置				副傷病名		補助療法等		重症度・年齢等
		区分コード	一般名称	点数表名称	K・Jコード	ICD 名称	ICD コード	K・Jコード	あり・なし	
急性心筋梗塞 再発性心筋梗塞 その他の急性虚血性心疾患	I21\$	手術 3-0	手術なし	経皮的冠動脈形成術	K614	心原性ショック	R570	J045\$	あり・なし	
	I22\$	手術 3-1	冠動脈血栓切除術	経皮的冠動脈血栓切除術	K614-2	急性腎不全	N17\$		人工呼吸	
	I24\$	手術 3-2	アテレクトミー	経皮的冠動脈形成術 (高速回転式経皮アテレクトミーカテーテルによるもの)	K614-3	慢性腎不全	N18\$			
		手術 3-3	ステント留置術	経皮的冠動脈ステント留置術	K615	高血圧性腎不全	I120			
		手術 3-4	冠動脈内血栓溶解療法	冠動脈内血栓溶解療法	K616	詳細不明の糖尿病, 腎合併症を伴うもの	E142			
		手術 3-5	冠動脈バイパス術 (オフポンプ)	冠動脈, 大動脈バイパス移植術	K588\$	肺炎	J18\$			
		手術 3-6	冠動脈形成術 (血栓内膜摘除)	冠動脈形成術 (血栓内膜摘除)	K587\$	鬱血性心不全	I500			
		手術 3-7	大動脈バルーンパンピング法 (IABP 法)	大動脈バルーンパンピング法 (IABP 法)	K599\$	左心不全	I501			
		手術 3-8	経皮的心臓補助法	経皮的心臓補助法	K597\$	急性心不全	I509			
		手術 3-10	体外ベースメーキング	体外ベースメーキング	K553	心室細動 心室頻拍	I490 I472			
						心停止後蘇生心 無酸素脳症 完全房室ブロック 多臓器不全	I460 G931 I442 R688			

(※)これは、特定機能病院等から提出された7月、8月分のデータに基づく分類であり、今後のデータに基づき分類等の変更により変更が有りうる。
(出典)平成14年12月18日中医協資料



(※)これは、特定機能病院等から提出された7月、8月分のデータに基づく分類であり、今後のデータに基づく作業や、医学的妥当性等の検証により変更がありうる。
(出典)平成14年12月18日中医協資料

図1 β版における分類作成の考え方
05003 急性心筋梗塞, 再発性心筋梗塞

で、診断群分類調査研究班が関連 21 学会の協力を得て平成 13 年から行ってきた。最終的には研究班が学会と検討の上に作成したものに、特定機能病院等からの要望事項を取りこむ形で平成 15 年 1 月に一応の分類が確定した。これがいわゆる α 版であるが、内容的には再建術などが整理されない形で含まれているために、整合性の点でいくつかの問題があることは否めない。さらにこの α 版に基づいて来年度からの支払いの基礎となる分類が現在作成されており、これが β 版となる。β 版作成は、傷病名(群)ごとに、診療行為等(手術、処置等、副傷病名、重症度等)による分類を以下の条件を基本的な考え方として複数の分類を集約する形で行われている。

1) 分類されたグループのデータ数(症例数)が一定数(20)以上であること

2) 分類されたグループのデータのばらつきが一定の範囲内(例えば変動係数が1以下:標準偏差を平均で割った係数)であること

データ数 20 例以上という基準は、平均や標準偏差を計算する上で安定性を担保するための一応の目安であり(国によっては 30 例、100 例という場合もある)、変動係数 1 については診断群分類の国際的学会(PCSE: Patient Classification System/Europe)でも慣例的に使われている基準である。このような基準に基づいて α

版から β 版を作成した例を表 1 と図 1 に示した(第 15 回中医協資料より抜粋)¹¹⁾。表 1 は 05003 (急性心筋梗塞, 再発性心筋梗塞; ICD10 では I21\$, I22\$, I24\$: なお \$ は全数字をあらわす) についての α 版を示したものであるが、手術としては経皮的冠動脈形成術(K614)から対外ペースメーカー(K553)まで 10 のものが例示されており、また副傷病名としては心原性ショック(R570)など 15 の傷病名が、そして処置等としては人工呼吸(J045\$)が示されている。この表に 82 の特定機能病院等から収集されたデータを当てはめて、上記の基準に従って β 版として試作したのが図 1 に示した分類である。ここでは手術としては経皮的冠動脈形成術と経皮的冠動脈ステント術のみが独立した分類のキーとして採用されており、他の手術は「その他手術」にまとめられている。また、処置等については手術のなかった場合のみに採用され、副傷病名については分類に用いられていない。さらにこのような基準に従って作成された分類について臨床的妥当性を臨床専門家によって検討され、必要に応じて修正が行われて最終的な β 版が確定することとなる。ただし、図 1 に示した例は昨年 7 月と 8 月の 2 カ月分のデータに基づいたものであり、7 月から 10 月の 4 カ月分のデータを用いることで、分類は今後さらに詳細になる可能性がある。特に、検査入院や教育入院等の扱い、あるいは出現頻

診断群分類とは何か(4)実務面及び研究面での今後の課題

項目		特定機能病院の1件当たり点数に占める割合
基本診療料		
入院基本料		38.9%
入院基本料等加算		4.4%
特定入院料, 短期滞在手術基本料		2.8%
指導管理料		0.6%
検査		10.4%
画像診断		6.6%
投薬		2.9%
注射		11.0%
リハビリテーション		0.7%
精神科専門療法		0.1%
処置	※1	1.9%
手術・麻酔		
手術料等		13.5%
薬剤料・特定保険医療材料料		4.7%
放射線治療(放射線治療料)		1.2%

□ は、包括されている項目

※1 1,000点以上の処置を除く。

※2 特定機能病院の1件当たり点数に占める割合は、平成12年度社会医療診療行為別調査に基づく。

※3 急性期入院医療の定額払い方式の試行の包括範囲の場合、特定機能病院では包括項目の1件当たり点数に占める割合は76.4%。

(出典)平成14年11月27日中医協資料

図2 「急性期入院医療における定額払い方式の試行」における包括範囲

度が少ない疾患によるグループなどの取り扱いについては、統計学的視点のみではなく、臨床的な視点からの評価が重要となる。現時点での分類では傷病名のみで600分類、これを診療行為等(手術、処置等、副傷病名、重症度等)によってさらに分類することで、最終的には約2,000程度の分類になると予想されている。なお、以上の作業については筆者らの研究班ではなく、厚生労働省医療課内部で研究班における分類の精緻化作業とは独立して行われている。さらにα版とβ版の関係について補足をすれば、研究班における分類の今後の精緻化作業はα版を対象に行われ、支払いの基礎となるβ版の作成はこの精緻化されたα版に基づいて厚生労働省によって行われることになる。

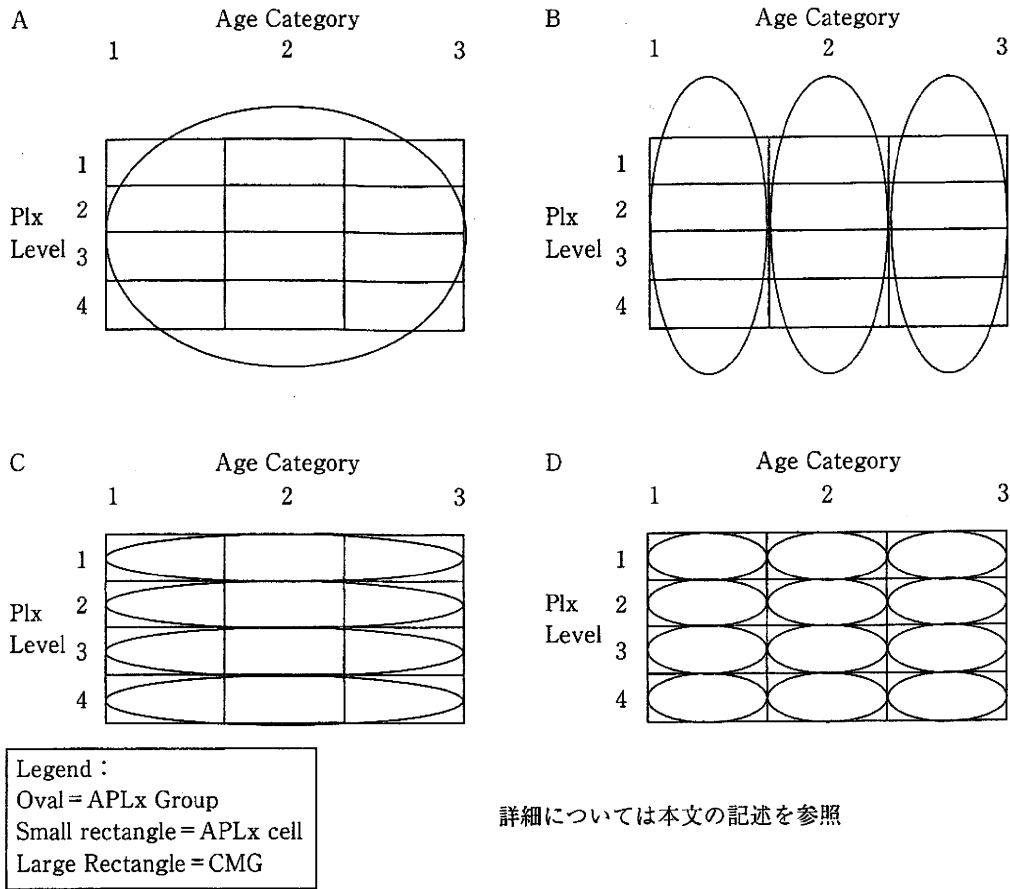
2. 包括化の範囲について

診断群分類に基づく支払い方式の導入にあたっては、当然のことながら包括範囲に関する議論が焦点となる。中医協における検討結果では現在国立病院等10施設で行われている1件あたり包括払いにおける包括範囲を

基本とすることが了承されており、具体的には図2に示したようになる。すなわち入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、1,000点以上のものを除く処置、手術・麻酔における薬剤料・特定保険医療材料を包括範囲とすることが議論のたたき台として示されている。これを平成12年度の社会医療診療行為別調査に基づいて試算すると、1件あたり点数に占める包括範囲の割合は76.4%となる。特定機能病院等の関係者からは、ボトックスやγグロブリン製剤など的高額薬剤、特定保険医療材料等については包括外にするべきであるとの意見が出されており、これらの事項については今後中医協の場において個別に議論されることになる。

このような包括範囲の枠組みの決定により、レセプト様式についても厚生労働省内での議論と調整が進んでおり、またそれに対応したレセコンについても厚生労働省担当課とメーカー団体であるJAHIS(保健医療福祉情報システム工業会: Japanese Association of Healthcare Information Systems Industry)との間で適

診断群分類とは何か(4)実務面及び研究面での今後の課題



詳細については本文の記述を参照

図3 カナダのCMGにおける重症度分類の考え方

宜情報交換が行われている。

3. 研究班における精緻化の検討

前述のように現在支払いを目的としたβ版の作成が厚生労働省の担当課において行われているが、それとは独立して研究班においても1年後に予定されている診断群分類の改訂を前提にα版そのものの精緻化研究を行っている。具体的には手間の係り具合あるいは資源の消費量から見た重症度を反映するような診断群分類の検討を行っている。このような精緻化作業は診断群分類をすでに導入している諸外国においても精力的に行われており、研究班ではそのような先行事例をもとに分析を行っている。具体的にはAPR-DRG(All Patient Refined DRG; 3M社), AR-DRG(Australian Refined DRG; オーストラリア), CMG(Case Mix Groups; カナダ) で用いられている「主要な診断群ごとに合併症・併存症及び年齢の組み合わせによって重症度レベルを設定する方法」についての研究を現在行っている。このような考え方について、ここではカナダのCMGとオーストラリアのAR-DRGをもとに説明する。まず、

CMGであるが、同分類は25の主要臨床カテゴリー(Major Clinical Categories: MCC)と477の分類から構成されている。分類への割付のロジックは、わが国と同じように今回の入院で最も医療資源を投入した診断(Most responsible diagnosis: Mrdx)によって分類された後、外科的処置の有無によって2つに区分される形式となっている。そして、それらはさらに合併症・併存症に基づいて4段階で設定される複雑度Plxが付加され、さらに必要に応じて3つの年齢区分(17歳以下, 18~69歳, 70歳以上)で再分類される構造となっている。具体的な構造は図3に示したとおりである。すなわち、各CMGに対して理論上は4(複雑性の区分)×3(年齢区分)=12のレベルが存在する。実際には在院日数への影響を基準に、Plx及び年齢区分のいずれも使わないもの(96分類)、Plx区分のみ使用するもの(131分類)、年齢区分のみ使用するもの(23分類)、Plx及び年齢区分両方を加法モデルとして使用するもの(202分類)、Plx及び年齢区分両方を乗法モデルとして使用するもの(25分類)の合計3,412分類が設定されている。

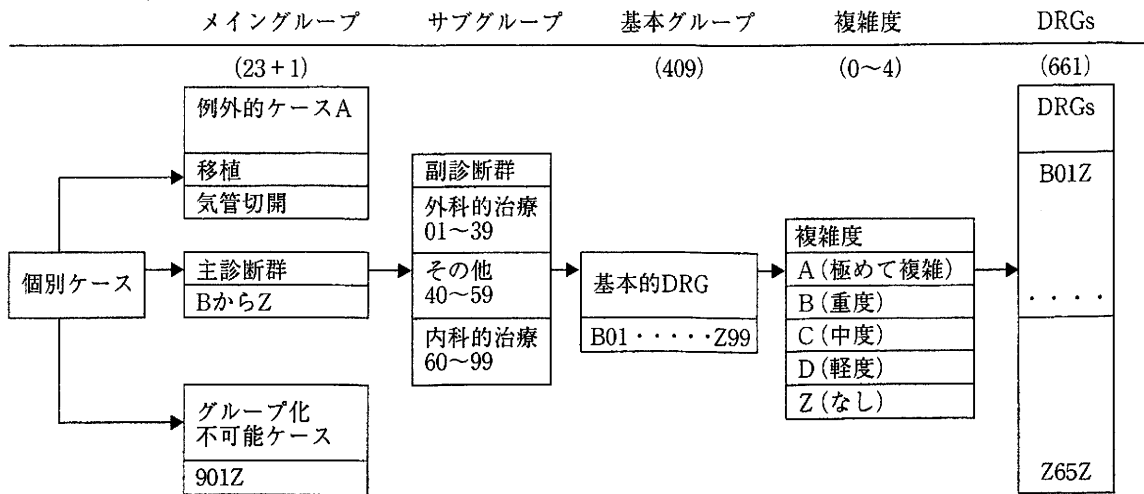


図4 AR-DRG システムの構造

一方、オーストラリアのAR-DRGでは24の主要診断群分類を外科的治療の有無に従って409の基本分類に分けた後、合併症・併存症の組み合わせ (CC matrix; Co-morbidity Complication)により5段階で評価された複雑度を評価することで最終的に661の分類となっている(図4)。このオーストラリアの重症度の評価に関しては、最近合併症・併存症だけではなく、どのような処置 (Procedure) が行われたかも含めて評価すべきであるとの意見が出されており、いわゆる CCP Matrix による評価が現在検討されている。筆者らの研究班においても、現在収集されたデータに基づいて、以上のような観点からの精緻化作業を行っており、具体的には CCP マトリックスによる重症度評価を可能性の一つとして行いたいと考えている。例えば、このような重症度評価を行うことで再建術の有無や手術の両側・片側の違い、あるいは放射線療法や化学療法などの補助療法、さらには特定の処置の有無を重症度に反映させることが可能になる。

ところで診断群分類を用いた包括評価に関しては、個々の患者に投入した資源量を診断群分類の相対係数のみで評価することは困難であることも指摘されている。例えば、ICUにおける資源消費量を診断群分類のみで評価することは困難である。これに関してオーストラリアでは、ICUの利用については、診断群分類とは別に1ベッドあたりの看護師数と TISS 28 (Therapeutic Intervention Scoring System, 28 items) スコアおよびサービス整備状況に基づいて等級化し、その結果に基づいて加算を行う方式が採用されている(表2)。この他にも、精神科領域の入院については、Brief Psychi-

atric Rating Scale を用いた区分となっているなど、患者の重症度を、サービスに反映させる仕組みとなっている。このような考え方は救命救急センターなど、診断群分類に基づく包括評価だけでは対処しきれない設定で応用できるものであり、研究班としてもわが国における導入可能性について今後検討して行く予定である。また、このような考え方は例えば看護必要度を年間単位で病棟ごとに評価し、それを加算という形で診断群分類とは別に評価するといった看護サービスの経済学的評価にも利用可能であると思われる。

III. 今後の課題

特定機能病院における診断群分類に基づく包括評価による支払い方式が制度改革の具体的事項として提出されてからすでに1年以上が経過した。一部のマスコミ報道等による導入可能性に関する否定的な見解とは裏腹に、診断群分類による包括評価は現実のものとなりつつあり、各施設はその対応に追われている。しかしながら、制度の具体的内容については中医協での議論を待って決定されるために、平成15年度4月導入を前提とすると、タイムスケジュール的に非常に厳しい状況にあることは否定できない。ここではそのような現実的な問題点とは別に、今後の課題について情報の精度と請求実務面の2つにわけて私見を述べて見たい。

1. 情報の精度に関する課題

診断群分類への割付の基礎となるのは ICD10 (International Classification of Diseases, 10th version) によるコーディングと、診療報酬上のコードである K コードなどである。従って、これらのコーディングが適切に

表2 オーストリアにおける1病床あたり看護師数及びTISS 28スコアを基準としたICU区分と加算方式

分類基準	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
パフォーマンス基準Ⅰ 1日あたり平均 TISS28スコア	≥ 18	≥ 22	≥ 27	≥ 32	≥ 37	≥ 40
パフォーマンス基準Ⅱ 最低 TISS28スコア 最低 TISS28スコアの割合	20 30%	24 30%	29 30%	34 30%	39 30%	42 30%
パフォーマンス基準Ⅲ 最低 TISS28スコア 最低 TISS28スコアの割合					45 5%	50 2%
評価基準 1床あたり看護師数	≥ 1.5	≥ 2.0	≥ 2.5	≥ 3.0	≥ 3.5	≥ 4.0
1日あたり加算点数	365	477	663	940	1,145	1,412

表3 在院日数を指標とした診断群分類における効率性指標と複雑性指標

診断群分類	当該病院におけるケース数	平均在院日数の全国平均	期待在院日数
A	10	2	20
B	20	1	20
C	5	1	5
合計	35		45

期待平均在院日数 = 45/35 = 1.3

仮にこのトラスト病院の当該診療科における平均在院日数が2.0日で当該診療科の平均在院日数の全国平均が1.5日であったとするとケースミックスの複雑性指標は「期待平均在院日数-全国平均 = 1.3 - 1.5 = -0.2」となりこの診療科のケースミックスの複雑性は全国平均より低いと判定される。

当該診療科の効率性指標は「期待平均在院日数-当該診療科実平均 = 1.3 - 2.0 = -0.7」となりこの診療科の効率性は全国平均より低いと判定される。

行われる体制が整備されることが各施設における最重要課題となる。この課題に対処するためには、これまでも強調してきたように、傷病名のコーディングは主治医が行う、データの質の管理は医療情報担当部門の職員（医師や診療情報管理士）が行う、全体の流れの管理は医療事務担当課が行うという病院内部の役割分担を明確にすることが、まずは重要である。将来的にわが国の医療現場もIT化されることが要求されるが、以上のような業務の流れができていないと、DPCに対応した業務の電子化は難しい。なぜならばシステム化されていない業務を電子化することはできないからである。特に臨床医のICDと診断群分類に関する理解と認識を向上させることは重要である。なぜならば現場の医師が「最も医療資源を投入した」と判断する傷病名に基づいて診断群分類は決定され、しかもそれが正

しくコーディングされることが制度の根幹だからである。現在、いくつかの施設で行われているように、事後的に診療情報管理士等が診療録からDPCの割付に必要な情報を入力する方法も確かに可能ではあるが、診断名の選択に関しては臨床的な判断を必要とする場合が少なくないことから、第一段階の傷病名の選択とコーディングは現場の医師が行い、その精度の管理を診療情報管理士が行うといった体制をとることが望ましいと筆者は考えている。また、将来的に入院・外来を問わずICDによる病名のコーディングが要求されるようになることも予想されており、そのような状況に対応できるようにもすべての医師がICDについて精通しておく必要がある。その意味で7月から10月までのデータ提出に際して、現場の医師がどれだけその業務に関与し、また正しい情報の入力に関する組織としての努

入院 4/21	4/30	5/31	退院 6/3
	↑	↑	↑
	この時点でのDPCコード	この時点でのDPCコード	最終
DPCコード	××002.00.0.0.0	××002.02.0.0.0	××002.02.0.1.0
請求額	(1日 5,000点) 5,000点×10日 =50,000点	(1日 5,500点) 5,500点×41日-50,000点 =175,500点	(1日 5,800点) 5,800点×44日-175,500 =79,700点

注：これはあくまで仮想例であり、実際の実務については今後中医協での検討を経て、厚生労働省より公表される。

図5 入院時のDPCと退院時のDPCが異なる場合の調整例

力(研修や誤ったコーディング例に対するフィードバックなど)を行ったかが、4月以降の現場での対応に大きく影響するであろう。また、昨年11月以降も継続して様式1の作成を行っている施設は、それだけで4月以降の対応に関して有利な立場にある。

さらに包括評価が導入されるということは、これまでのような個々の診療行為の妥当性に着目したレセプト点検が困難になるということの意味している。従って、請求の妥当性をチェックするために、診療記録そのものを当局が直接点検するシステムが導入される可能性もある。実際、フランスやポルトガル等では医師の診療記録が当局による監査の対象となり、コーディングの誤りの程度に応じてペナルティが科せられる仕組みとなっている。従って、各施設においては、これまで以上に診療録の記載内容の正確性に留意する必要がある。その意味でも診療情報管理士や医療情報担当部門の医療職の役割が今後重要になるであろう。

2. 請求実務面での課題

請求実務面では、もちろん、当面の課題としてDPCに対応したレセコンの実装がいつできるのかが重要であるが、仮にそれが間に合ったとして、次にオーダーリングシステム等既存の情報システムとのインターフェースをどのようにするのかという問題が、個々の施設において発生する。厚生労働省もこの問題を十分認識しており、それに対処するために、平成13年度に引き続き、平成14年度も私立大学病院と公立大学病院を対象にした補助金を補正予算の中で組んでいる。平成15年1月時点で、DPCに関連するシステムの詳細が十分明らかになっていない状況を勘案すると、各施設の情報システムがDPCに完全に対応できるまでにはかなりの時間が必要であろう。その意味で導入当初はいくつ

かの施設において手作業でレセプトを作成する事態が生じることは十分予想され、それに関連した不満が現場から噴出すると予想される。しかしながら、中期的に考えれば、DPCへの対応という標準的な仕様を導入することのメリットは大きい。すなわち、標準化・電子化された情報をもとに、請求自体が電子レセプト化されることで、支払いのサイクルは短縮し、また紙ベースの請求がなくなるなど、情報化によるキャッシュフロー面での改善効果やコスト削減効果は大きいと予想される。また、DPCのプロジェクトに関連して厚生労働省が推奨しているように、レセコンの傷病名マスターをMEDISと支払基金が開発している標準マスターにすることで、診療報酬改定のたびに行っていた各レセコンにおけるコードの紐付け作業が大幅に減少するために、その費用が節約できるという大きなメリットもある。さらに電子化された情報はそれ自身が経営分析を行うためのデータベースとなる。研究班においてもDPCに対応した電子カルテ・電子レセプトに関する研究を行っており、またDPCに対応したコストリングマニュアルの作成と経営分析の手法に関する研究も行っている。従って、DPCの導入当初に発生すると予想される事務的な混乱については、それを過大に批判して制度そのものを否定するのではなく、各施設におかれては、研究班として今後公開していくDPCの活用に関する研究成果も参考にしながら、DPCを用いたシステムが目指す将来像を念頭において組織改革をしていただければと考えている。

請求実務面における第二の課題としては、入院時のDPCと退院時のDPCが異なる場合に生ずる請求の調整の問題がある。システム的にはレセコン内に前月までの請求データを持たせるというプログラムの変更が生

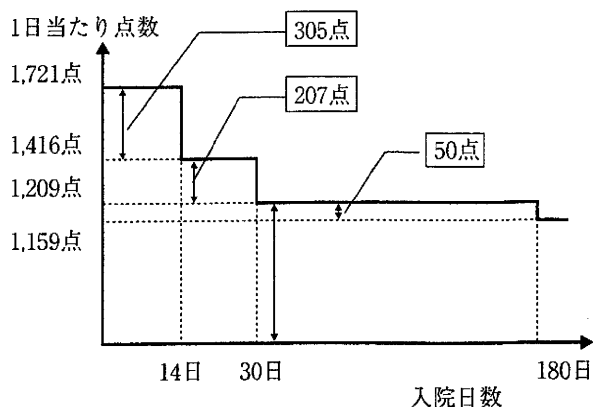
じ、このためにコンピュータの記憶容量などの変更が必要となる。また、実務的には差額の徴収（あるいは返戻）を当月以前にさかのぼって行う必要が出てくる。図4はそのような事例についてモデル的に示したものである。仮にこのような事例が発生した場合、窓口の担当者がその説明にあたることになると思われるが、担当者及び患者（あるいはその家族）がDPCという新しい仕組みについて十分に理解しておく必要がある。厚生労働省としてもポスターやパンフレットの作成等、広報活動に努めるとしているが、やはり各施設においてその説明を個々の患者ごとに十分行うことが必要であろう。従って、そのための準備を制度発足の4月以前から行っていく必要がある。また、診療活動との関連で言えば、外来でできる検査等についてはできるだけ外来で行い、入院時にはDPCが確定している例を増やすことが望ましい。これは紹介患者についても同様であり、これにより病診連携が進むことも期待される。さらに、このような努力をすることで、入院後の検査も減少し、結果的には平均在院日数を減少させることにもなると考えられる。

3. 平均在院日数について

平成15年度からの特定機能病院における診断群分類に基づく包括評価では、アメリカのような1件あたり包括支払いではなく、1日あたり定額支払い方式が導入されることになっている。このような1日あたり定額支払い方式に関しては、国際的に見て長いと批判されているわが国の平均在院日数を削減するインセンティブにはならないとして、1件あたり包括評価を当初から導入すべきであるという意見もある。しかしながら11月27日の中医協資料にも示されているように、わが国の特定機能病院における退院患者の平均在院日数には最短約16日から最長約31日まで、約2倍の格差がある。診断群別の状況を考慮したデータではないので、この数値をそのまま評価することはできないが、このような状況で82施設の平均的な値で1件あたり包括払いを行うことはあまりにも乱暴であり、経営に対する影響が大きすぎると筆者は考えている。従って、まずはこのような在院日数の施設差の要因について検討することが必要であろう。例えば、DPCごとの平均在院日数をもとに調整した平均在院日数（DPC adjusted Average Length of Stay）を求めて比較を行うこと、あるいはイギリスのNHSなどで利用されている効率性指標・複雑性指標を用いた評価などを行うことが可能である。表3はイギリスのNHSにおけるトラスト病院の

各診療科において効率性と複雑性とを在院日数をもとに評価する方法を示したものである。この表に示したように、複雑性は期待平均在院日数と全国平均との差、そして効率性は期待平均在院日数と当該診療科における実平均在院日数との差で求められる。仮にこのトラスト病院の当該診療科における平均在院日数が2.0日で当該診療科の平均在院日数の全国平均が1.5日であったとするとケースミックスの複雑性指標は「期待平均在院日数-全国平均=1.3-1.5=-0.2」となりこの診療科のケースミックスの複雑性は全国平均より低いと判定される。当該診療科の効率性指標は「期待平均在院日数-当該診療科実平均=1.3-2.0=-0.7」となりこの診療科の効率性は全国平均より低いと判定される。研究班においても、今回収集したデータをもとにこのような分析を行うことで、平均在院日数の施設間格差の要因について明らかにしていきたいと考えている。また、DPCごとにクリティカルパスを施設間で比較することでこのような在院日数の違いの原因について明らかにしていきたい。

ところで1日あたり定額支払い方式では在院日数短縮のインセンティブにはならないという批判であるが、データが公開されることで、1日あたり定額方式でも十分その効果はあると筆者は考えている。すなわち、平均在院日数の長い病院においては、データが公にされることで、当然、患者のみならず紹介元である医療機関などの利用者やあるいはマスコミなどからの疑問に答える義務が生じる。従って、診断群分類あるいはMDC（Major Diagnosis Category）ごとに平均在院日数が公開されるだけで、在院日数短縮のインセンティブになると筆者は考えている。また、厚生労働省も図6に示した特定機能病院入院基本料（一般病棟I群の1の場合）を例として、診断群分類ごとに1日あたり定額の通減制を導入することを示唆している。このような支払い方式は1件あたり包括払いと同様に在院日数短縮のインセンティブとなるであろう。しかしながら、ここで在院日数については、行過ぎた短縮の防止にも注意する必要がある。例えば、手術後の疼痛が続いている状態で退院させることが、果たして日本の医療サービスの風土の中で受容されるものであろうか。適切な在院日数の長さには、数学的な回答は無い。それは医療者と患者の合意によって決まっていくものであろう。その意味で将来的には診断群ごとの標準的な在院日数の範囲を設定するとしても、そこに至る過程は施設間のベンチマーキングを通じた診療行為の標準化と並行し



(出典) 平成14年11月27日中医協資料

図6 在院日数に応じた評価の例
(特定機能病院入院基本料(一般病棟I群の1の場合))

で徐々に進めていくべきであると考え、診断群分類に関連して筆者らが行った国際比較研究で、各国の担当者は成功の要因として、理念の提示はBig Ban方式であるとしても、実際の改革はBig Ban方式ではなくIncrementalに行うことの重要性を繰り返し強調していた。その意味で厚生労働省が今回の制度改正で1件あたり包括支払いではなく、一日あたり定額支払いとした選択は現実的なものであると思われる。加えて、現行の月単位でのレセプト請求の仕組みを考慮しても、1日あたり定額払いの方が、現場の混乱も少なく現実的な選択であると思われる。

IV. 終わりに

診断群分類という共通の基盤による特定機能病院の評価がわが国においても来年度から導入される。これは今後のわが国の医療制度の方向性を探る大きな社会

実験でもある。財政面のみならず、医療における消費者主権という大きな環境変化の中で、医療施設も変革を求められている。変革のキーワードは情報の標準化と透明化、そして説明責任と利用者による選択である。医療施設が自ら情報を公開し、それを国民が評価する時代が来ているのである。このような変革は医療関係者にとって必ずしも心地よいものばかりではないだろう。しかし、医療関係者の日々の努力が正当に評価されるためにも、情報の標準化と透明化を避けて通ることはできない。診断群分類の導入はこの流れの中にある。これまでに無い大きな改革であるだけに、導入当初に多くの混乱が医療現場で起こることは十分予想できる。研究班としてもできるだけ支援をさせていただき、改めまして関係者の積極的な関与をお願いしたい。また、今年度からすでに取り組んでいる研究項目ではあるが、来年度の研究では臨床現場の先生方の御理解をいただけるような重症度分類の開発と現場の実態にあったコスト分析の手法を確立することが、研究班に課せられた最も重要な課題であると考えている。研究の実行に当たっては、今後とも現場の先生方の御協力と御助言をいただくことになる。診断群分類作成にあたり、多大なるご協力をいただき、きた外科関連学会の先生方にお礼を申し上げるとともに、これからの継続的な御支援についてもお願いを申し上げ稿を終えたい。なお、研究班の研究成果や関連情報については、今後研究班のホームページ(www.jdtg.gr.jp)で公開する予定であるので、適宜御参照いただければ幸いである。

注1) 本原稿作成後に行われた平成15年1月22日の中医協で示されたα版では補助療法の追加などが行われており、ここに示したものと若干の相異がある。

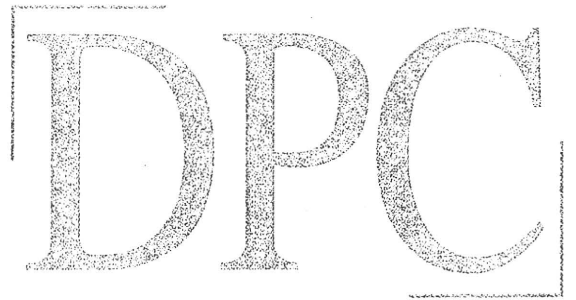
I はじめに

平成15年4月から全国の特定機能病院等82施設を対象にわが国独自の診断群分類であるDPC (Diagnosis Procedure Combination) を用いた包括支払い制度が開始されている。そして、中央社会保険医療協議会(中医協)での審議を経て、16年度からこれまでのDPC研究においてデータ提出を行ってきた特定機能病院以外の病院を対象に、任意でDPCに基づく包括支払い方式が試行的に適用されることとなった。民間病院等にもDPCに基づく包括支払い方式が拡大されることになったことで、支払い方式としてのDPCへの関心が非常に高まっている。

DPC利用の拡大はわが国の医療提供体制の今後にどのような影響を及ぼすのであろうか。筆者は情報の標準化・透明化による各レベルにおける議論の客観化と病院のマネジメント改革、そしてその帰結としての医療施設の機能分化の3つが最も重要な変化であると考えている。本論文では、この3点に焦点をあてて私見を述べてみたい。

II DPCの概要

15年度から特定機能病院等で支払いに用いられている診断群分類は、13年度および14年



その概要と 医療提供体制への インパクト

産業医科大学・医学部
公衆衛生学教室教授

松田晋哉

度の厚生労働科学研究で開発されたDPC version3である。次頁、図1にDPC version3の構造を示した。分類は14桁の数値から構成されている。

15年度は14年度に82の特定機能病院等から収集したデータに基づいて575傷病(図1のコード上6桁に相当…これを基本DPCと呼ぶ)、2552分類からなるDPC version3が採用された。ただし、実際の包括評価に利用されたのは、最終的に全国で20症例存在し、かつ変動係数が1未満という基準を満たした1860分類であった。16年度は15年度のデータに基づいて精緻化が行われ、傷病数は591と増加したが、包括支払いの対象1727分類に減少している(全体の分類数は約3

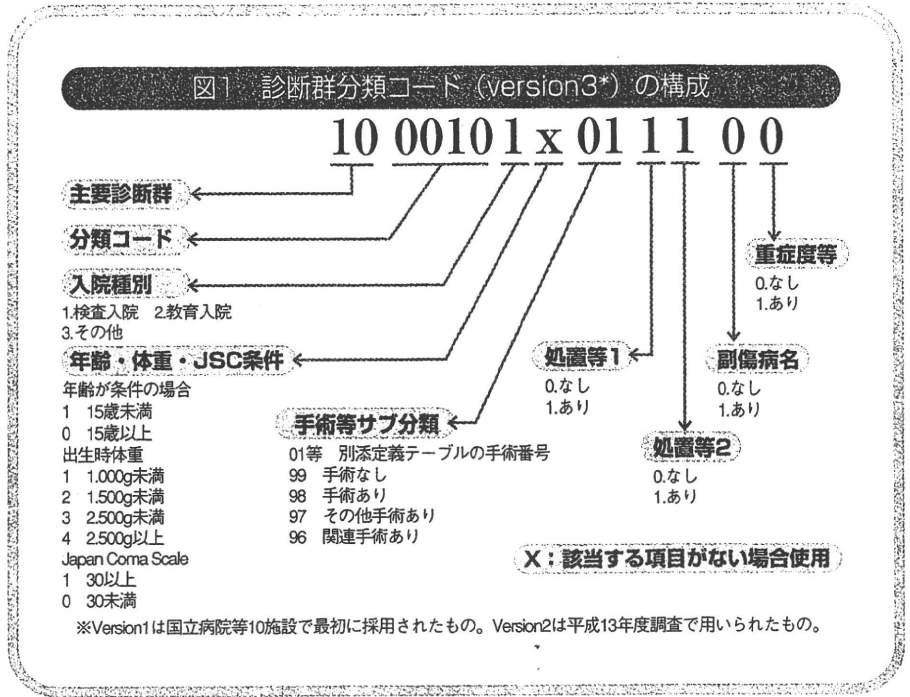
000)。

包括評価の対象となる患者は特定機能病院等の一般病棟に入院している患者のみであり、精神科病棟、結核病棟に入院している患者は対象外である。その他、入院後24時間以内に死亡した患者、治験対象患者、臓器移植患者の一部、高度先進医療の対象患者、回復期リハビリテーション病棟入院料等の算定対象患者も包括評価の対象外となっている。

診療報酬の設定は包括評価部分と出来高部分から構成されている。包括評価部分の点数は診断群分類ごとに定められた1日当たり点数と医療機関ごとに設定された医療機関別係数と入院日数を掛け合わせた点数の合計となる。包括評価の範囲は、主にホスピタルフイ

1. 的要素である、入院基本料、検査（内視鏡等の技術料を除く）、画像診断（選択的動脈造影カテーテル手技を除く）、投薬、注射、1000点未満の処置料、手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料以外の薬剤・材料料などとなっている。出来高算定となる範囲は主にドクターフィー的要素であ

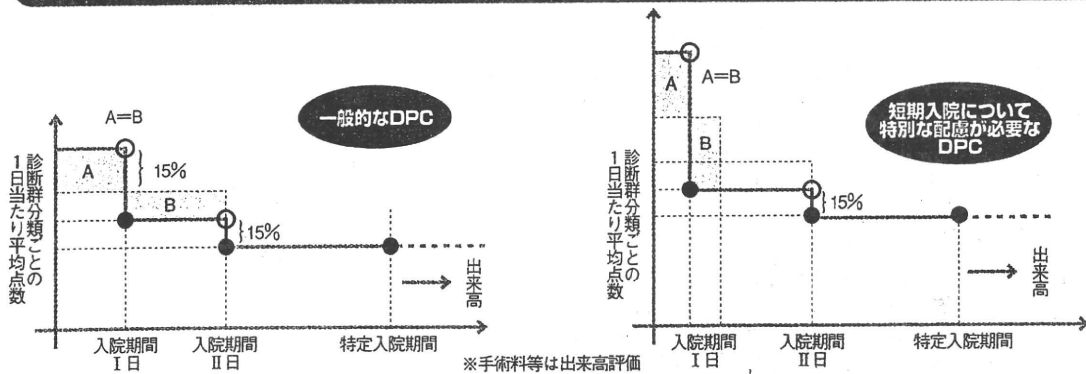
数の85%で算定。平均在院日数から標準偏差の2倍（特定入院期間）を超えた場合は、その超えた日以降は、出来高により算定する仕組みとなっている。ただし、16年度から、悪性腫瘍の化学療法のように初期加算をより高く評価した方がよいと考えられる分類については入院期間Iを5パーセントに設定



00点以上の処置料、心臓カテーテル法による検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取、病理診断、病理学的検査判断、選択的動脈造影カテーテル手技、指導管理料、リハビリテーション、精神科専門療法などとなっている。

診断群分類毎の1日当たり点数は、在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価する観点から、在院日数に応じて3段階に設定されている。入院日数の25パーセントに15%加算、25パーセントから平均在院日数（入院期間II）までの点数は、平均在院日数までの平均点が、1日当たり平均点を段階を設けずに設定した場合と等しくなるように設定、平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。平均在院日数から標準偏差の2倍（特定入院期間）を超えた場合は、その超えた日以降は、出来高により算定する仕組みとなっている。ただし、16年度から、悪性腫瘍の化学療法のように初期加算をより高く評価した方がよいと考えられる分類については入院期間Iを5パーセントに設定

図2 DPCを用いた包括評価における通減制



が、入院期間Iまでで吸収されるように1日当たり点数の設定がされている(図2)。

医療機関別係数は機能評価係数と調整係数を足し合わせたものである。機能評価係数は医療機関の機能を評価するための係数で、入院基本料等の加算を係数化したものである。調整係数は医療機関の前年度実績を担保するための係数で、診断群分類による包括評価にかかる医療費が前年度の出来高換算の医療費の実績に等しくなるように医療機関ごとに設定したものである。

Ⅲ DPCCの適用拡大が医療提供体制に及ぼす影響

(1) 医療サービスの内容への影響

DPCCによる包括支払い制度が拡大すると、医療サービスのコストに対する関心が高まることで資源投入量が減少し、その結果と

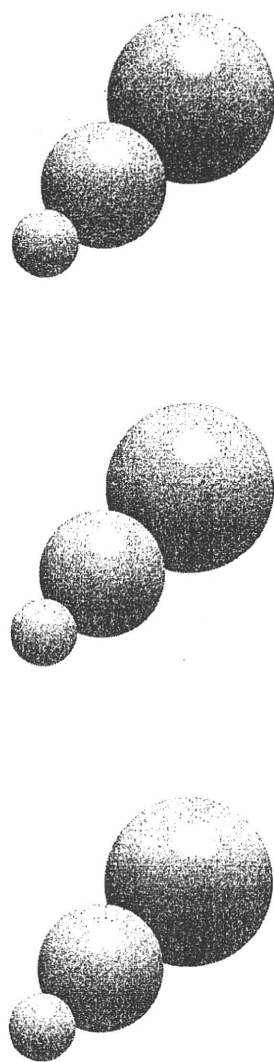
して医療サービスの質が低下する危険性があるという指摘がある。このような危惧は診断群分類を何らかの形で支払いに用いた国で共通のものであるが、これまでの文献を見る限りでは、アメリカや他の先進諸国の例では、診断群分類導入によって、平均在院日数の減少などの医療資源投入量の変化は観察されるものの、明らかな質の低下は起こっていない^(※1)。この理由としては、サービス内容の透明化による過少診療の予防、質低下に伴うリスクの回避(訴訟リスク等)などが考えられる。

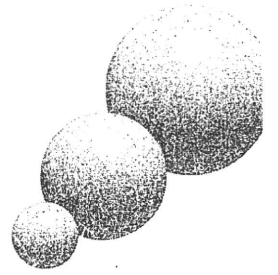
わが国の場合も、たとえば、橋本が循環器疾患について14年度と15年度のDPCC関連データを分析した結果によると、医薬品や検査に関して、たしかに若干の低下はみられるものの、大きな変化は観察されていない^(※2)。その理由としては、対象施設が特定機能病院という、過少診療が生じにくい施設であることが重要な要因の1つであろう。また、現在のと

ころ各施設への支払いには医療機関係数が適用されることから、包括部分でより多くのコストがかかっているのであれば、それは調整係数で吸収されることになる。

すなわち、個々の患者レベルで行った医療行為のコストと支払い額の乖離は生ずるが、全体で見ればその差額が補正される仕組みとなっていることも、懸念された粗診粗療の発生を予防していると考えられる。

しかしながら、包括評価により収入に一定の枠がはめられることで、コスト削減に対する意識が高まることから、理論的にはより価格の安い医薬品や医療材料へのシフトや過少診療が起こる可能性を否定することはできない。過少診療は患者の受ける医療の質に直接的な悪影響を及ぼすものであるだけに、わが国においてもDPCCとは別に、それを防止するための仕組みを別途準備する必要がある。たとえば、Peer Review Organization(同僚審



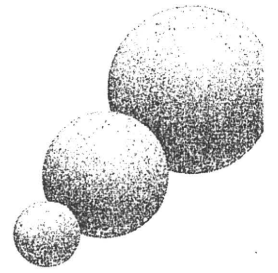


査組織)の設置やDPCに対応した病院の監査システムの構築を保険者としても当局と協力して行っていくことが必要であろう。

(2) 医療提供体制への影響

包括評価の導入は、対象施設におけるコスト意識の向上をもたらすが、それは急性期病院における機能強化を促進する方向に作用すると筆者は予想している。すなわち、あくまでも私見であるが、筆者は今後わが国の急性期病院は外科センター、オンコロジーセンター(がんセンター)、検査センター的な特徴を強めていくと考えている。すでに特定機能病院においては、手術症例の増加が観察されているが、今後この傾向がさらに強まると考えられる。こうした施設ではクリニカルパスの導入も積極的に行われ、待期手術(elective surgery)を中心に診療の標準化が進むと予想される。

つぎに、オンコロジーセンター化であるが、がんの診療はつねに医療技術開発の最先端に位置することから、特定機能病院や公的病院



ではがん診療の強化が今後進むであろう。現在のDPCにおける包括評価では、化学療法の評価が不十分であるとの批判がある。実際のデータもこの問題の存在を裏付けており、^(※3)前述のように16年度のDPC評価では、短期化学療法で初期加算を厚くするという改善が行われたところである。

諸外国の例では、抗がん剤等はレジメン単位で処置化する(オーストリア)、あるいは包括とは別に出来高とする(フランス・2004年・予定) ^(※4)のが一般的である。わが国の場合、現状では化学療法の有無を分類のキーとして使うという方式を採用しており、その意味では前者のやりかたに近い。

しかしながら、依然問題は残っており、これを解決するためには臨床現場における改善も必要である。たとえば、石川は主たる悪性腫瘍の化学療法例について、その組み合わせのパターンと出現頻度の分析を行っているが、その結果、わが国のがん治療においては化学療法の標準化が欧米に比較すると遅れて

いることが明らかになった。^(※5)化学治療という高度な技術が必要とする治療行為が適切に評価されるためにも、その標準化が必要であると考えられる。がん治療に対する国民の関心と期待の高さを考えれば、保険者としても、抗がん剤のような高額かつ特殊な医薬品をどのように評価すべきかについて、諸外国の状況の調査も含めて検討する必要があると思われる。

最後に検査センター化であるが、現在、わが国の急性期病院が直面している厳しい経営環境を考えると、入院単価および外来単価を高めるために、当該施設は入院確率が高く、専門的検査を必要とする患者の紹介率を高める必要がある。したがって今後、急性期病院においては検査センター化も進行すると予想される。このような急性期病院の外来機能をどのように評価すべきかについては、病院評価係数との関係でも重要な視点であり、今後の研究課題である。



IV おわりに DPCの展望

16年3月31日をもって3年間続いた「急性期入院試行診断群分類を活用した調査研究」班はその任を一応終えることとなった。研究班によって開発されたDPCとその関連システムが実際に運用されていることで、研究班としては一定の責任が果たせたのではない

と考えている。

しかしながら、分類の精緻化、傷病名・処置・手術の整理、DPCを用いた病院や医療の質評価システムの開発など、まだ検討途中である事項は少なくない。今後、これらの課題については、厚生労働省の監督下に新たに設置される組織の業務になっていくものと思われる。開発に携わった者の責任として、以上のような検討課題に継続的にかかわっていただきたいと考えている。

ところで、DPCとDRGの差についての議論が時に行われているようであるが、2つのシステムは本質的に異なるものではない。実際、DPCは他国の診断群分類の検討結果も踏まえて開発されているために、他の診断群分類で用いられている情報はほとんど収集しており、したがって異なる診断群分類間の共通言語 (universal language) となりうるものである。

ただし、アメリカのDRGが手術・処置を優先して (Procedure dominant) 事後的に作成される分類であるのに対し、DPCは病名を優先して (Diagnosis dominant) 日常の臨床活動のなかである程度の同時性をもって作成される分類であるという違いがもつ意味について、関係者には改めて理解をしていただければと考えている。

DPCは病名を優先しているために、たとえば、それを外来や急性期以外の入院に展開することが、アメリカのDRGをはじめとし

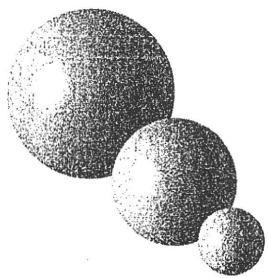
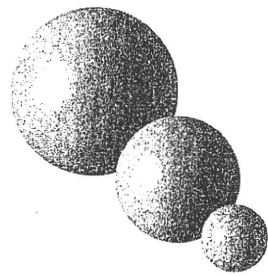
た他の診断群分類に比較して格段に容易であると筆者は考えている。すでに伏見は、患者調査データをDPCの上6桁 (基本DPC) に割り付ける手法を開発し、その実証研究を行っている^(※6)。この手法を実際の患者調査に応用すれば、地域レベルでどのような患者が存在し、そしてそれが時系列でみてどのように変化しているのかを推計することが可能になる。このことが医療提供体制のあり方に関する論議や病院マネジメントに与えるインパクトは大きい。

さらに、今後レセプトの記載内容の標準化と電子化が進めば、レセプトから基本DPCを作成することも可能になる。このような可能性も含めて、DPCに関連する研究が、今後も各方面で行われることが期待される。

以上、DPCの概要とその広がりが国の医療提供体制に及ぼす影響についての私見を述べた。なお、本論文における記述の内容は筆者の私見によるものであり、厚生労働省や筆者の所属する研究班のものではない。したがって、内容に関する責任はすべて筆者に帰するものである。

引用文献

- ※1 松田晋哉(2004)「DPCを用いた病院マネジメント」社会保険旬報/No.2202/1217
- ※2 遠藤久雄(2002)「包括支払い制と医療の質―透析医療に見る薬剤選択」南部鶴彦編/医薬品産業組織論pp.215-250
- ※3 橋本英樹(2004)「診断群分類に基づく診療管理導入後の影響に関する検討」松田晋哉・他/「急性期入院試行診断群分類を活用した調査研究報告書(平成15年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進事業)」
- ※4 松田晋哉(2004)「諸外国における診断群分類の動向」松田晋哉・他/「急性期入院試行診断群分類を活用した調査研究報告書(平成15年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進事業)」
- ※5 石川ベンジャミン光一(2004)「特定機能病院におけるデータの特徴及び診断群分類の持つ医療管理学的特徴を可視化する手法に関する研究」松田晋哉・他/「急性期入院試行診断群分類を活用した調査研究報告書(平成15年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進事業)」
- ※6 伏見清秀(2004)「平成14年度・15年度厚生労働科学研究「レコードリンク解析を利用した医療経済面を含めた医療関連統計調査の活用方法に関する研究」報告書」



特集
DPCは医療を変える!?