



DPCとは何か

松田 晋哉*

MATSUDA Shinya

* 産業医科大学医学部公衆衛生学教授

はじめに

平成15年度4月から全国の特設機能病院等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。急性期入院医療の包括評価というこれまでにない大きな制度改革であるために、関係者の関心は非常に高く、今後の動向に注目が集まっている。

DPCは平成13年度から開始された厚生労働科学研究「急性期試行診断群分類を活用した調査研究」班によって開発された分類である^{1), 2)}。この研究班では単に分類を作るのみではなく、それに対応した情報システム、病院管理手法、質の評価手法の検討なども行ってきている。DPC開発の第一の目的は、医療に関連する情報の標準化と透明化であり、この情報に基づいて医療サービスの適切かつ効率的な提供体制を整備していくことである。DPCについては包括化による医療費削減ということが主目的であるような議論を時に聞くが、そのような認識は正しくない。そこで本稿では、DPCとはいったい何であるのか、その意義は何であるのか、そしてどのように活用されるべきであるのか、また正しく活用されるためにはどのような条件が必要であるのかなどについて私見を述べてみたい。

DPCとは何か

1) DPC=支払い方法ではない

DPCはCasemix分類と総称される分類手法の一つであり、患者を病名 (Diagnosis) と提供されたサービスの種類 (Procedure) の組合せによって分類する仕組みである。この意味で、アメリカで開発・利用されているDRG (Diagnosis Related Groups) と本質的な差異はない。1件あたり包括払い (PPS; Prospective Payment System) をDRG, 1日あたり包括払い (Per Diem Payment) をDPCと説明している例が散見されるが、これは誤解である。Casemix分類そのものは、いかなる支払方法も意味しない。わが国のDPCについても、各分類における資源消費の均質化が進めば、PPSとの組合せで活用することも可能である。世界の主要国におけるCasemixの活用状況をみると、PPSや総額予算制など、その利用方法はさまざまである²⁾。

2) DPCはなぜ必要か

では、なぜ今わが国においてDPCが必要とされているのであろうか。これまでのシステムでは何が問題なのであろうか。次にこの点について説明してみたい。現在、わが国では医療を取り巻く経済状況の悪化により、医療費のあり方をめぐる議論が活発化している。そして、相次ぐ医療事故報



道などにより、医療の質に対する国民の関心が高まり、国民にわかりやすい形での情報の標準化と透明化が求められている。しかしながら、医療現場から提供されている現在の情報はそのような要望に応えられるものではない。例えば、わが国にはレセプトという医療活動に関する情報源があるが、膨大な数の傷病名や一つの病態に対する複数の傷病名あるいは治療方法が存在しているために、その正確な分析は難しい状況にある。評価を可能にするためには、ある程度の数のまとまりが必要であり、それがDPCを含む診断群分類となる。すなわち、国民の関心が医療の質とそのコストの両面にかかわる以上、その両者に関連する標準的な情報を整備し、それを公開し、今後の医療のあり方を検討することが、今わが国では求められている。これが、わが国においてDPCが必要とされている最も重要な理由であると筆者は考えている。

3) DPCの目的

ところで、DPCについては、その導入により医療費の削減が生ずるとされている。これによりただでさえ苦しい病院の経営はさらに圧迫され、病院の統廃合が進むという予想がある。確かに、DPC導入によって急性期病院が外科センター化していくと予想されることから、手術を必要とするケースが特定の病院に集中するようになり、病院の機能分化は進むと考えられる。アメリカにおいてDRG/PPS導入初期に病院数が減少した理由の一つでもある。しかしながら、DPCそのものには医療費削減の効果はない。本稿でも説明するように、DPCはある病気に対してどのような医療が行われたのかを示すための、単なる情報の標準化の手段に過ぎない。

では、DPCに基づいて、いわゆるPPS方式（診断群分類に基づく1件あたり包括支払い）が導入された場合はどうであろうか。一般的にはこのよ

うなPPS方式の採用は、医療費の削減に直結すると考えられており、このために、近年のアメリカにおけるいわゆる医療のホラーストーリー（制限医療のために患者が不十分な治療しか受けられず、種々の問題が生じているというもの）と同様の現象がわが国においても起こりうるという批判がある。確かに事前に支払額が確定しているために、病院側にはコスト削減へのインセンティブが働き、それが過少診療につながりうることは否定できない。しかしながら、DRG/PPSの導入が医療サービスの内容に与えた影響に関する調査研究によると、確かにPPSの導入により在院日数や医療資源の投入量の減少は観察されるものの、医療の質の明らかな低下は生じないという結論が出されている³⁾。また、同じようにDRGを採用しているイギリスやフランスあるいはポルトガルでは、その導入によって活動内容が透明化されたことで、それまで過少ファイナンスであった大学病院などで予算の増額が生じている。

すなわち、診断群分類の導入が、病院の財政にどのような影響を及ぼすかは、そのベースとなる医療制度の枠組みと、診断群分類に基づくコスト情報に依存するのであり、診断群分類の導入すなわち医療費削減と考えることは正しくない。むしろ、情報が透明化されることにより、関係者間の議論の基盤が形成され、適正な報酬体系が構築される可能性を筆者は期待している。診断群分類を導入する目的として最も重要なこの視点をおさえておかないと、単なる支払い方式の問題から診断群分類が議論されてしまう恐れがあり、わが国の医療制度改革そのものが、「質の高い医療を効率的に提供する体制の構築」という本来の目的から大きく外れてしまう恐れがある。

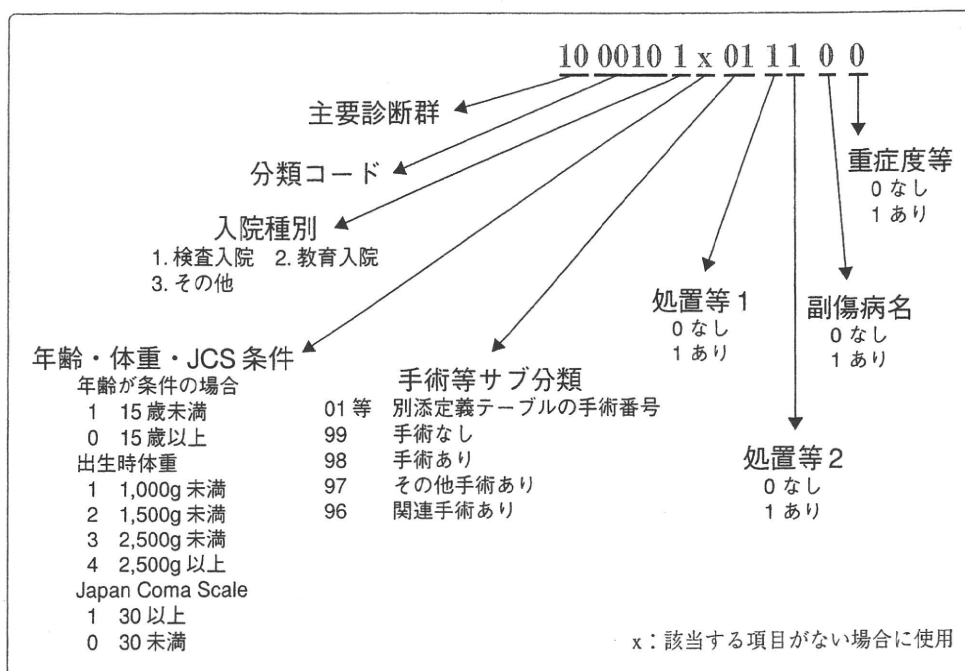


図 1 診断群分類コードの構成

DPC ver.3

1) 使用されるコード

平成15年度から支払いに用いられる診断群分類は、平成13年度および14年度の厚生労働科学研究で開発されたDPC ver.3である。分類作成にあたっては、いわゆる3層構造（診断、手術・処置、合併症・併存症）を基本として分類を作成することとし、診断名と手術に関してはICD10を、手術に関しては診療報酬表のコードであるKコードが使用されている。DPCの各分類への割付はコンピュータによって行われることから、コード表に含まれていない診断名や術式に関しては、実際上分類の情報として採用できないことを基本的なルールとしている。ここで手術・処置についてはICD9CMのような標準コードを用いるべきであるという批判がある。確かに現行のKコードについては、臨床的視点からみると問題点がある例が存在し、その矛盾が分類上の問題となっている。したがって、将来的には、より臨床現場の実態に近

いICD9CM的な標準手術・処置コードを使用することが望ましいと考えられる。この点は今後の重要な研究課題の一つである。

2) 診断群分類コードの構成

図1はDPC ver.3の構造を示したものである。分類は14桁の数値から構成されている。最初の2桁は主要診断群、次の4桁は傷病名で、ICD10に基づく「分類コード」に対応している。以下、検査入院と一般の入院では手間が異なるため「入院種別」、小児を含む疾患では同じ病名であっても成人と治療方法が異なるため「年齢・体重・JCS条件」、そして病態が異なれば手術術式も異なるために「手術等サブ分類」を分類の変数として採用している。また、処置についても「処置1」と「処置2」を設定し、化学療法、人工呼吸、再建術などの有無でさらに分類を行う形式となっている。さらに、合併症・併存症の有無で医療資源の消費量が異なるために「副傷病名」のコードを加え、最後に上記項目でも吸収しきれない要素は



DPCとこれからの医療

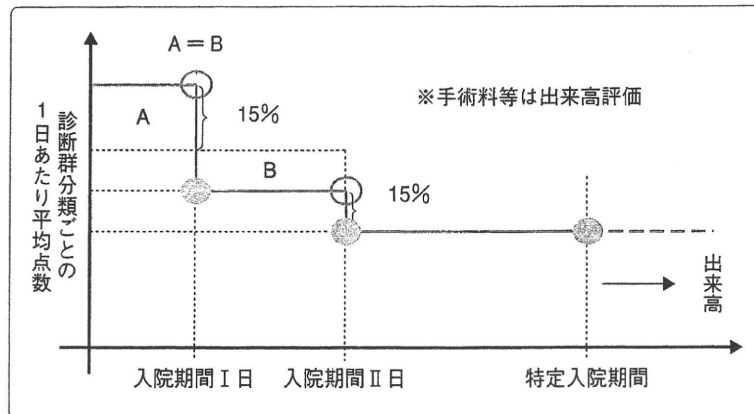


図2 DPCにおける在院日数に応じた透減制評価

「重症度等」のコードで設定されている。

このようにして作成した分類に、平成14年7月～10月に82の特定機能病院から収集した26.7万件のデータをあてはめて分析した結果、575傷病(図1のコード上6桁に相当)、2,552分類からなるDPC ver.3が完成した。ただし、実際の包括評価に利用されるものは、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1,860分類となっている。

DPCによる包括評価の実際

1) 包括評価の対象

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などの急性期以外の特定入院料の算定対象患者も包括評価の対象外となっている。

2) 算定方法

(1) 診療報酬の設定

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日あ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、主にホスピタルフィー的要素である、入院基本料、検査(内視鏡、心カテ検査、検体採取・診断穿刺を除く)、画像診断、投薬、注射、1,000点未満の処置などとなっている。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る、手術料、麻酔料、1,000点以上の処置、心臓カテーテル法による検査、内視鏡検査、検体採取・診断穿刺、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。

(2) 診療群分類ごとの1日あたり点数

診断群分類ごとの1日あたり点数は、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、図2に示したように在院日数に応じて3段階に設定されている。入院日数の25パーセント値(入院期間I)までは平均点数に15%加算、25パーセント値から平均在院日数(入院期間II)までの点数は、平均在院日数まで入院した場合の1日あたり点数の平均点が、1日あ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は前日の点数の85%で算定、平均在院日数から標準偏差の

胃がんの場合 (30日間入院)		155,230点
◇診断群分類：胃の悪性腫瘍，開腹胃全摘術（処置等，副傷病なし）		
*1日あたり点数	14日まで	2,939点
	15日～28日	2,172点
	29日以上	1,846点
◇入院医療機関：A 大学附属病院		
*医療機関別係数：1.0507	調整係数：1.0245	
	紹介外来加算：0.0257	
	診療録管理体制加算：0.0005	
(算定内訳)		
○包括評価	= 2,939点 × 1.0507 × 14日 + 2,172点 × 1.0507 × 14日 + 1,846点 × 1.0507 × 2日 = 79,061点	
○出来高評価	= 76,169点 (胃全摘術等)	

図3 包括評価の算定例

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。

(3) 医療機関別係数

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，入院基本料など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わる医療費が平成14年7月～10月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。図3に胃の悪性腫瘍・開腹全摘術について算定例を示した。この例では全診療報酬に占める包括評価部分の割合は約50%となっている。

DPCは医療情報の標準化ツール

人口構造および疾病構造の変化と医療技術の進歩，そして国民の医療に対する要求水準の高まりによって，増大する医療費をいかにコントロールするかは先進国共通の課題となっている。そして，

わが国における現在の経済状況の低迷を前提とすれば，抜本的な医療制度の改革を避けて通ることはできない。しかしながら，支払い者，患者，サービス提供者間の種々の利害が複雑に関連する医療の領域において，改革を行っていくことは容易ではない。異なる利害関係をもつ関係者間で納得のいく合意形成がなされるためには，その根拠となる情報が必要である。しかしながら，これまでの医療の現場では，正確で使える状態の情報が少ないのが実情である。その主な原因の一つとしては医療情報の標準化が遅れていたことが指摘できる。DPCはこの標準化のツールである。これまで医療現場でばらばらのフォーマットで保存されていた情報が，DPCという共通のフォーマットで情報化され，それをもとに医療の質の評価や関係者間での情報の交換が可能になるのである。

例えば，急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究班では，その成果として図4に示したような結果を公開している⁴⁾。この例ではDPCごとの在院日数の分布が施設名とともに示されているが，在院日数はあくまで医療活動のアウトカムの一つに過ぎず，それだけで各施設を評価

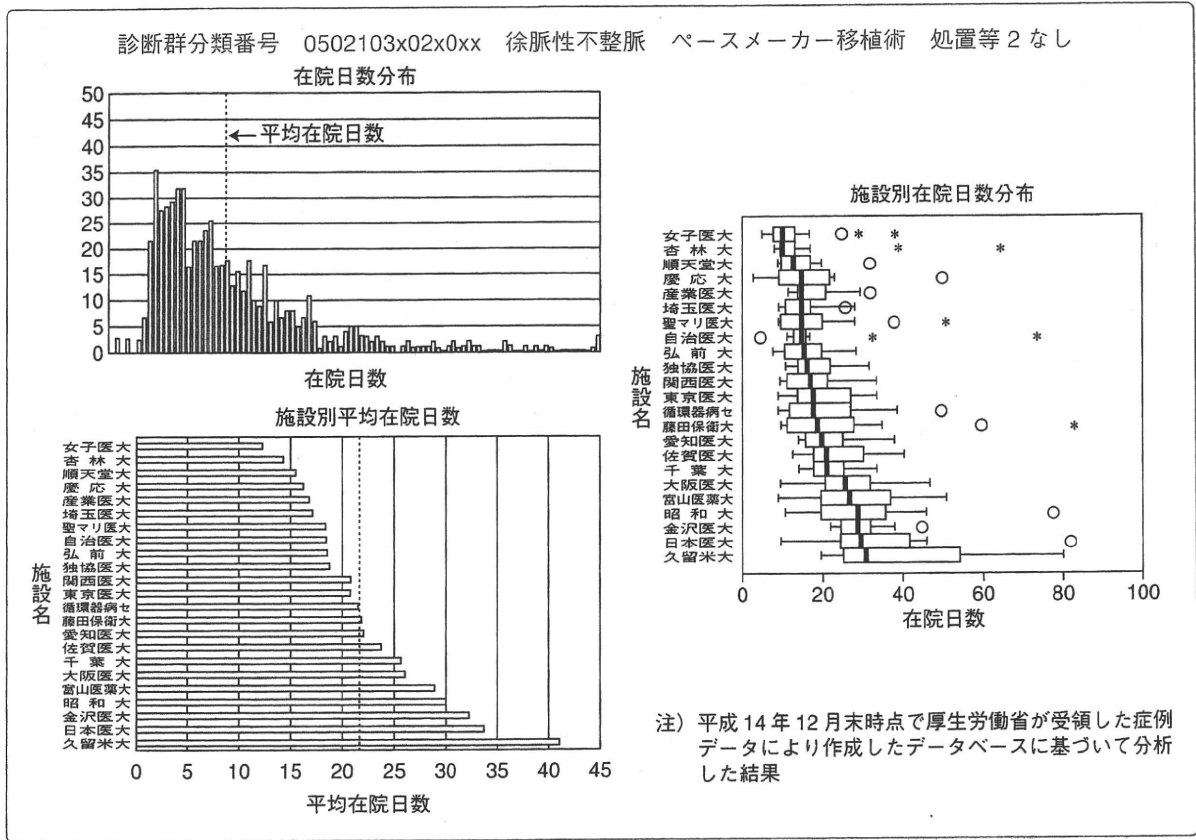


図4 DPCに基づく分析の例

(松田, 他, 2003より引用⁴⁾)

することはできない。しかしながら施設側はこのようなアウトカムの違いについて説明する責任がある。すなわち、そのような違いが診療行為の違いによるのか、あるいは現行のDPC分類では把握しきれない重症度の違いによるものであるのかなどについて、施設側はデータをもとに説明することが求められるのである。クリティカルパスが作成されている場合、それはそのような差異を分析する上で非常に有用なツールになるであろう。また、DPCに対応した原価計算の仕組みをもつことで、コスト面からの分析を行うことも可能になる⁵⁾。

厳しい経済環境下において、医療費の適正化と医療サービスの質向上という2つの条件を満たすためには、標準化された情報が不可欠である。そして、その情報に基づいて関係者間の議論と合意

がなされていく体制、いわゆるEvidence Based Negotiationの体制を確立することが、今後の医療制度改革の基盤となると筆者は考えている。

おわりに

DPCは標準化のためのツールに過ぎない。ただし、DPCが情報の標準化と透明化のためのツールとしての機能を十分に果たすためには、さらなる分類の精緻化とDPCを用いた質の評価手法の開発が課題となる。今後、そのための公的な仕組みを創設することが必要であると考えられる。

なお、本稿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。また、本

稿で論述した内容については研究班のメンバーで作成した文献^{6),7)}に詳しく述べられている。あわせて参考にしていただければ幸いである。

【引用文献】

- 1) 松田晋哉，他：急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究報告書 DPC α (2002年度バージョン：平成14年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進事業)，2003.
- 2) 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14年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進事業)，2003.
- 3) 遠藤久雄：包括支払い制と医療の質—透析医療に見る薬剤選択；医薬品産業組織論 (南部鶴彦・編)，2002, pp.215-250.
- 4) 松田晋哉，他：急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究報告書 別冊1 特定機能病院における入院医療の包括評価関係データ集1，2003.
- 5) 今中雄一，他：急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究報告書 別冊2 患者別・診断群分類別原価計算方法標準マニュアル，2003.
- 6) 松田晋哉，他：21世紀の医療と診断群分類—DPCの実践とその可能性，じほう，東京，2003.
- 7) 松田晋哉，他：診断群分類マニュアル2003年度版，社会保険研究所，東京 (近刊).



DPCと医薬品

松田 晋哉*

MATSUDA Shinya

* 産業医科大学医学部公衆衛生学教授

はじめに

平成15年4月から全国82の特定機能病院等でわが国独自の診断群分類であるDPCに基づく包括評価が開始された。DPC導入は医療の内容、特に医薬品使用にどのような影響を及ぼすのであろうか。

例えば、医療サービスのコストに対する関心の高まりにより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指摘されている。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（訴訟リスクなど）などが考えられる。

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・医療材料へのシフトや過少診療が起こる危険性を否定することはできない。過少診療は患者が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DPC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。例えば、Peer Review Organizationの設置や

DPCに対応した病院の監査システムの構築が考えられる。

一方、安い医薬品・医療材料へのシフトが医療の質に与える影響についてはどうであろうか。現在、医療費適正化の観点からも後発品の使用が奨励されている現状がある。そのような後発品へのシフトは医療の質低下につながらないのであろうか。本稿では、以上のような問題意識に基づいて、特にDPC導入が医薬品の使用に及ぼしうる影響と質確保のための方策についての私見を論述してみたい。

DPCに基づく包括評価制度が 医薬品使用に及ぼす影響について

図1はDPCに基づく包括評価制度が医薬品使用に及ぼす影響についての私見をまとめたものである。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、現在の流れのなかでは、これは急性期病院における機能強化を促進する方向で働く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、検査センターになっていくと考えている。

1) 外科センター化の場合

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

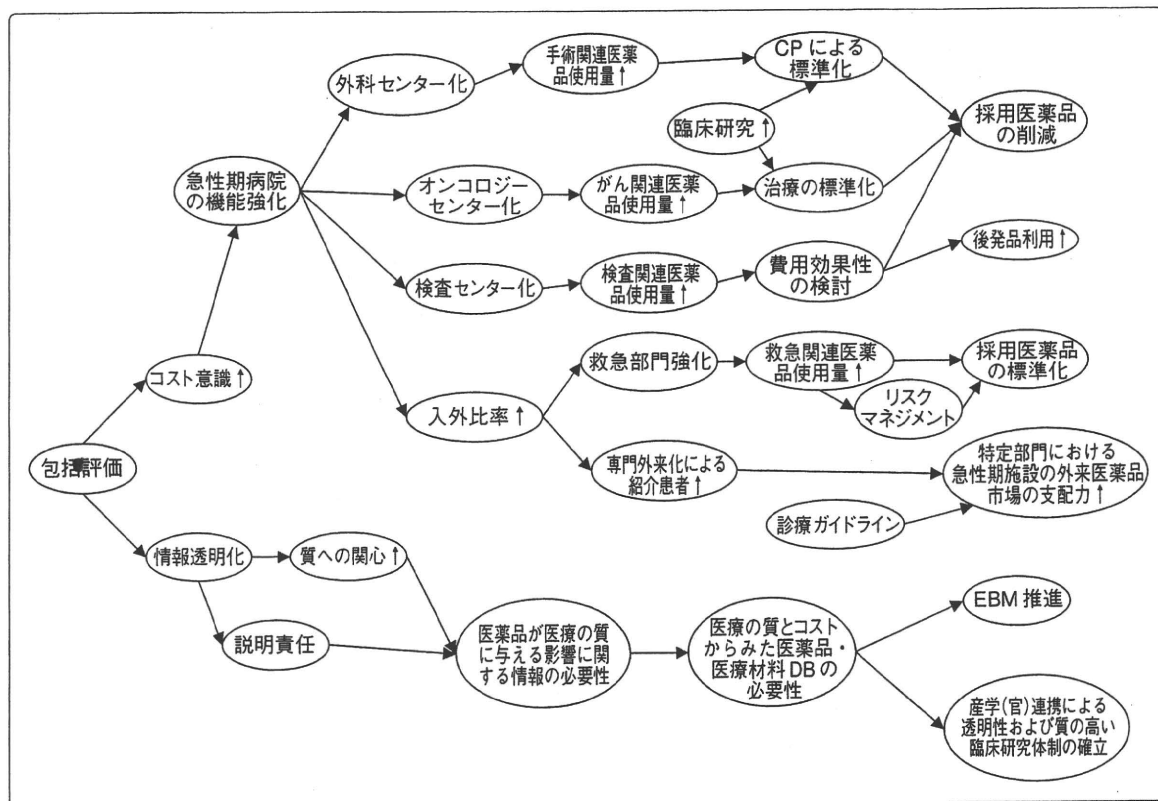


図1 包括評価が医薬品使用に及ぼす影響

まることで、こうした病院では外科センター化が
いっそう進行し、手術関連の医薬品消費量が急増
するであろう。この際、採用薬品品目が多いこと
は、管理コストの面のみならず、リスクマネジ
メントの面からも問題を生じさせる。そのため、ク
リニカルパス作成の進行も手伝って、急性期病院
の手術室においては採用医薬品の絞込みが行われ
ることになるであろう。さらに、手術関連の医薬
品は、現行制度化では出来高であるために、後発
品使用の増加は生じにくいと考えられることから、
その有効性が選択の際の最も重要な基準となる。

2) オンコロジーセンター化の場合

がん治療は常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オンコ
ロジーセンター化も今後進むであろう。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いるが、化学療法を適切に
評価するためには、臨床現場における改善も必要
である。例えば、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おり、
そのためにDPCの分類のなかで適切に評価できな
いという問題点がある。化学治療という高度な技
術を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。また、本当に効果
のある抗がん剤あるいは緩和ケア用の薬剤が適切
に評価されるためには、その有効性に関する臨床
疫学的なデータの蓄積を行っていくことも必要で
ある。その意味で特定機能病院等における臨床試
験を推進していくためのさらなる基盤整備を図っ
ていかなければならない。このような基盤整備が

今後平行して行われていくことで、将来的にこれらの施設では入院，短期入院，外来のさまざまな局面での化学療法が発展していくと予想される。

3) 検査センター化の場合

急性期病院ではその高額医療機器の回転率を高めるために、検査センター化も進行すると予想される。そのために、これらの施設においては検査用医薬品の使用が増加するが、現行制度では検査用医薬品は包括部分に入っているために、常に後発医薬品との比較で、その採用が検討されることになる。例えば、放射線科医という専門家の評価にさらされる造影剤の場合、その費用効果性についての厳しい検討が求められることになろう。また、副作用の出にくい造影剤の開発なども、検査の安全性のみならず、合併症が生じた際のコストを考慮した費用効果性の点から重要になると考えられる。これらの点はその他の検査用試薬についても同様である。

4) 外来強化の場合

急性期病院の外来については、紹介率の向上と入院確率の高い患者の確保が戦略的に重要になると予想されることから、専門外来化と救急部門の強化が行われると予想される。救急部門の強化は、同部門における医薬品使用量の増加をもたらすが、リスク管理の観点から、手術室と同様、採用品目については絞込みが行われることになる。一方、専門外来化は特定の薬物において急性期病院の市場影響力を強める方向で作用すると予想される。例えば、糖尿病などがそのような例になると考えられるが、今後、糖尿病患者数の増加と治療に対する患者の関心と知識の向上に伴い、糖尿病専門家のいる施設、すなわち急性期病院外来への紹介が増加すると予想される。そこでは開業医から紹介された患者について専門医の診察による薬

物処方が行われ、その処方が逆紹介により紹介元のかかりつけ医によって継続されることになる。このような形で、特定の薬物については、急性期病院外来の市場影響力が強くなると筆者は予想している。

DPCに基づく情報の整備とその公開が進むことで、今後、患者の薬物治療の有効性に関する関心は高まってくるであろう。医療職としては、その薬物治療の有効性および考えられうる副作用などについて、これまで以上に詳細な説明が求められるようになる。このような要望に応えるためにも、医薬品に関する国レベルでのデータベースが必要となる。この点については後述する。

医薬品に関する 臨床経済評価研究の重要性

現在、医療費適正化対策の一環として、後発医薬品に対する関心が高まっている。しかしながら、価格のみで医薬品や医療材料が選択されることには問題もある。医療が人命や生活の質に深く関連している以上、医薬品や医療材料の選択は、医療の質に対する影響にも考慮して行われなければならない。すなわち医薬品に関する臨床経済学的研究の推進が求められているのである。そして、DPC導入により、臨床家の医薬品の費用効果性についての関心が高まっている現在は、そのような研究を推進していくための好機であると筆者は考えている。

図2はそのような分析の案を例示したものである。例えばケース①のように、A病院とB病院とで医療費総額に差が観察されたとする。診療区分別に検討すると、A病院では高額の医薬品を使用しているにもかかわらず、その高い有効性のために在院日数が短く、また合併症の予防効果もあるために、全体としては医療費が安くなっているとする。このような場合、当該医薬品使用の妥当



DPCとこれからの医療

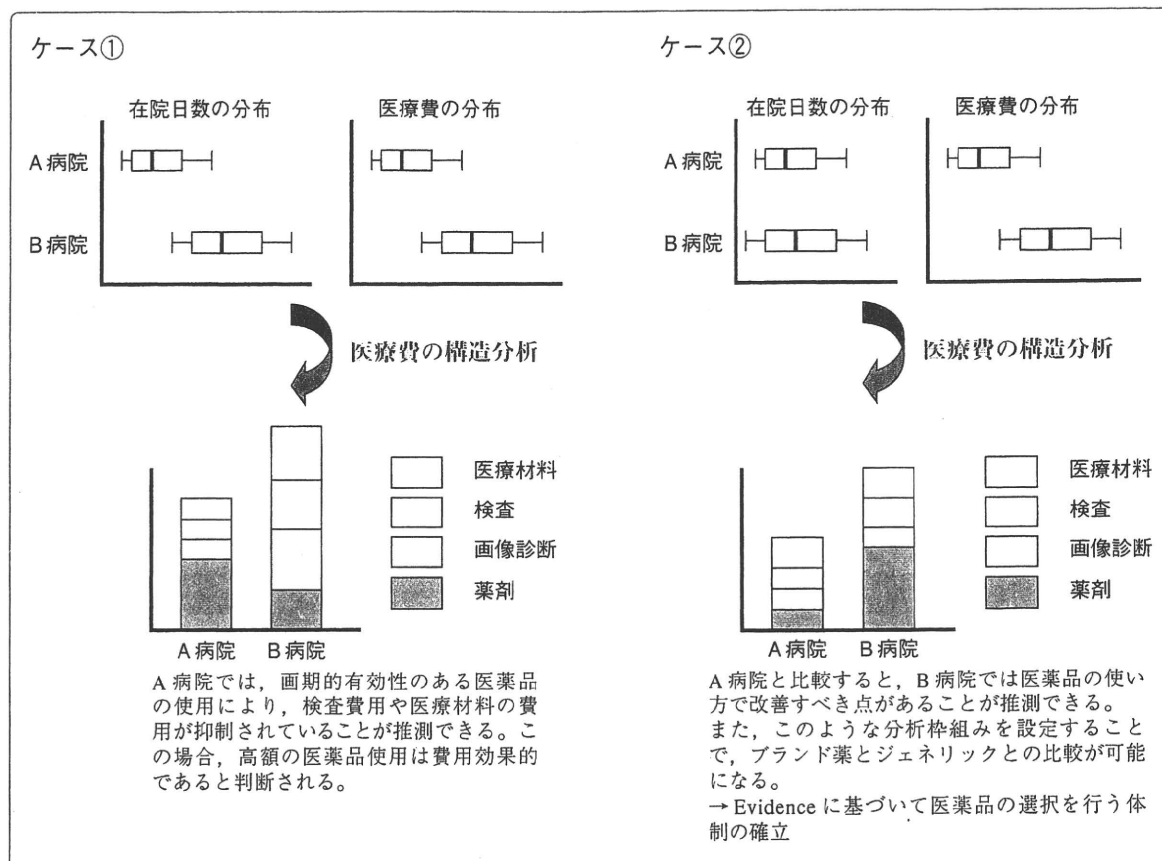


図2 DPCに基づいた臨床経済的分析例

性は、薬理的有効性の視点のみならず、費用効果的にも保証されることになる。次にケース②のように、A病院とB病院とで在院日数には差がないのに、医療費に差があるとすると、仮に、診療区分別の医療費の分析で、薬剤費に大きな差が観察されたとすると、少なくとも在院日数でみる限り、2つの病院における薬剤の治療効果には差がなく、したがってB病院において高額薬剤を使用することは正当化できない。単純に安価な薬剤へのシフトを行うのではなく、このような分析が今後DPC単位で行われていくことが、医療費の適正化と医療の質の保証を両立させるために必要ではないだろうか。

わが国は単一国家でみればアメリカに次いで大きい医療の市場であるにもかかわらず、残念ながら

ら、このような臨床経済的研究がこれまでほとんど行われてこなかった。その理由としては、医学部における研究が基礎研究に偏っており、臨床研究が軽視されてきたことと無縁ではないであろう。しかしながら、DPCの導入によってコストへの関心が高まることにより、このような臨床研究が今後活発になることを筆者は期待している。そして、そのような研究の積み上げの上に、将来的には、医薬品・医療材料の費用効果性に関するデータベースが国レベルで構築されることが必要であろう。また、このような業務を担当できる人材の育成も急務であろう。

おわりに——卒前・卒後の 臨床薬理学教育の必要性

DPC導入により、今後医薬品の選択に関して、従来以上に有効性とその経済性の点からの評価が重視されるようになる。では、このような評価が適正に行われるシステムを構築していくためには、今後何が必要なのであろうか。唐突で、また遠回りに思われるかもしれないが、厳しい医療財政のもとで適切な医薬品の選択が行われるために、医療職の卒前・卒後教育のあり方を改めて検討することが必要であると筆者は考えている。実は、日本の卒前・卒後の医学教育、薬学教育、看護教育においては、臨床薬理学の教育が十分に行われていない現状がある。例えば、医学部では生理学あるいは生化学的な視点からの薬理学教育が主体であるし、薬学部では創薬を重視した教育が中心である傾向がある。加えて、臨床に携わる医療職に対する卒後の臨床薬理学に関する研修はほとんど体系化されていない。その結果として、多くの医師が商品名でしか処方ができず、また薬剤師は患者の具体的臨床像について必ずしも十分な知識をもたずに調剤や服薬指導をしているという現

状がある。このような状況が改善されない限り、費用効果的な分析結果を踏まえた上での適切な医薬品選択が今後行われるようになるとは考えにくい。

今回、DPCが導入された特定機能病院は、医師のみならず薬剤師、看護師など各種医療職の卒後研修の場でもある。DPC導入を契機として、医薬品の適切な使用を可能にする体制が特定機能病院において今後確立されることは、中長期的にみて医療経済的にも医療の質の面でも、わが国の医療の将来にとって大きなプラスになると思われる。その意味でも医薬品の専門職である薬剤師の役割に筆者は期待したい。

なお、本稿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。

【参考文献】

- 1) 遠藤久雄：包括支払い制と医療の質—透析医療に見る薬剤選択；医薬品産業組織論（南部鶴彦・編），2002, pp. 215-250.

DPPCとは何か

●産業医科大学・医学部・公衆衛生学教室 教授 松田晋哉

はじめに

平成十五年四月から全国の特定機能病院等八二施設を対象に、わが国独自の診断群分類であるDPPC (Diagnosis Procedure Combination) を用いた包括支払い制度が開始されている。急性期入院医療の包括評価というこれまでにない大きな制度改革であるために、関係者の関心は非常に高く、今後の動向に注目が集まっている。それだけに種々の憶測も飛び交っており、病院関係者がそれに振り回されるという好ましくない事態も生じている。

DPPCは、平成十三年度から開

始された厚生労働科学研究「急性期試行診断群分類を活用した調査研究」班によって開発された分類である。そして、この研究班では図1に示したように、単に分類を作るのみではなく、それに対応した情報システム、病院管理手法、質の評価手法の検討なども行っている。

DPPC開発の第一の目的は、医療に関連する情報の標準化と透明化であり、この情報に基づいて医療サービスの適切かつ効率的な提供体制を整備していくことである。DPPCについては包括化による医療費削減が主目的であるような議論を時に聞くが、そのような認識は正しくない。

そこで本連載では、DPPCとはいったい何か、また、その意義は何か、そしてどのように活用されるべきか、また正しく活用されるためにはどのような条件が必要であるのか、などについてDPPC開発に携わった研究者がそれぞれの立場から説明を試みる。

DPPCとは何か

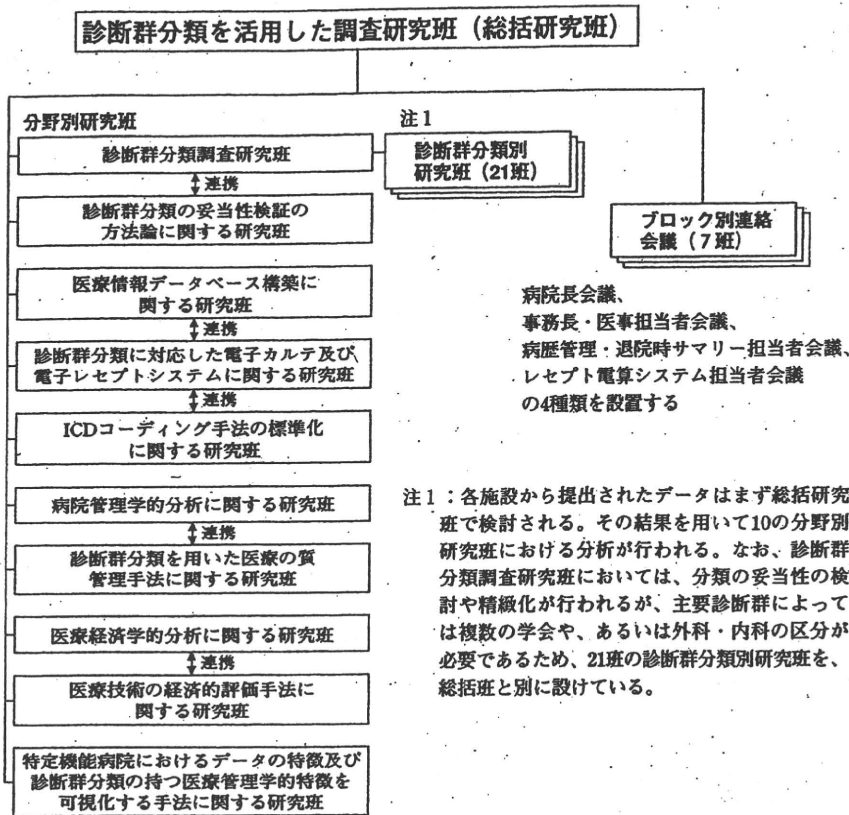
まず、DPPCとは何かについて説明してみたい。DPPCはケースミックス (Casemix) 分類と総称される分類手法の一つであり、患者を病名 (Diagnosis) と提供されたサービスの種類 (Procedure)

の組み合わせによって分類する仕組みである。この意味で、アメリカで開発・利用されているDRG (Diagnosis Related Groups) と本質的な差異はない。

一件当たり包括払い (PPS: Prospective Payment System) をDRG、一日当たり包括払い (per diem payment) をDPPCと説明している例が散見されるが、これは誤解である。ケースミックス分類そのものは、いかなる支払方法も意味しない。わが国のDPPCについても、各分類における資源消費の均質化が進めば、PPSとの組み合わせで活用することも可能である。

表1 (21頁) は、世界の主要国

図1 研究班の構成



におけるケースミックスの活用状況を示したものである(文献1)。PPSや総額予算制など、その利用方法は様々だが、分類の基本的な考え方には大きな差はない。DPCについては、その導入により医療費の削減が生ずるとされている。これによりただでさえ苦しい病院の経営はさらに圧迫され、

病院の統廃合が進むという予想が出されている。これまでも強調しているように、DPCそのものは医療費削減の効果はない。DPCはある病気に対してどのような医療が行われたのかを示すための、単なる情報の標準化の手段に過ぎない。では、DPCに基づいて、い

注1: 各施設から提出されたデータはまず総括研究班で検討される。その結果を用いて10の分業別研究班における分析が行われる。なお、診断群分類調査研究班においては、分類の妥当性の検討や精緻化が行われるが、主要診断群によっては複数の学会や、あるいは外科・内科の区分が必要であるため、21班の診断群分類別研究班を、総括班と別に設けている。

ゆるPPS方式(診断群分類に基づく一件当たり包括支払い)が導入された場合はどうであろうか。一般的にはこのようなPPS方式の採用は、医療費の削減に直結すると考えられており、このために、近年のアメリカにおけるいわゆる医療のホラーストリー(制限医療のために患者が不十分な治療しか受けられず、種々の問題が生じているというもの)と同様の現象が、わが国においても起こり得るという批判がある。

確かに事前に支払額が確定しているために、病院側にはコスト削減へのインセンティブが働き、それが過少診療につながりうることは否定できない。しかしながら、DRG/PPSの導入が医療サービスの内容に与えた影響に関する調査研究によると、PPSの導入により在院日数や医療資源の投入量の減少は確かに観察されるものの、医療の質の明らかな低下は生じないという結論が出されている(文献2)。また、同じようにDRGを採用しているイギリスやフランスあるいはポルトガルでは、その導入によって活動内容が透明化されたことで、それまで過少フ

イナンスであった大学病院等で予算の増額が生じている。

すなわち、診断群分類の導入が、病院の財政にどのような影響を及ぼすかは、そのベースとなる医療制度の枠組みと、診断群分類に基づくコスト情報に依存するのであり、診断群分類の導入すなわち医療費削減と考えることは正しくない。むしろ、情報が透明化されることにより、関係者間の議論の基盤が形成され、適正な報酬体系が構築される可能性を筆者は期待している。診断群分類を導入する目的として最も重要なこの視点をおさえておかないと、単なる支払い方式の問題から診断群分類が議論されてしまう恐れがあり、わが国の医療制度改革そのものが、「質の高い医療を効率的に提供する体制の構築」という本来の目的から大きく外れてしまう恐れがある。

III DPC ver. 3

平成十五年度から支払いに用いられている診断群分類は、平成十三年度及び十四年度の厚生労働科学研究で開発されたDPC ver

r. 3である。

分類作成にあたっては、いわゆる三層構造（診断、手術、処置、合併症・併存症）を基本として分類を作成することとし、診断名と手術に関してはICD10を、手術に関してはさらに診療報酬点数表のコードであるKコードが使用されている。DPCの各分類への割付はコンピュータによって行われることから、コード表に含まれていない診断名や術式に関しては実際上分類の情報として採用できないことが、基本的なルールとなっている。

図2にDPCver. 3の構造を示した。分類は一四桁の数値から構成されている。最初の二桁は主要診断群、次の四桁は傷病名で、ICD10に基づく「分類コード」に対応している。以下、検査入院と一般の入院では手間が違うため「入院種別」、小児を含む疾患では同じ病名であっても成人と治療方法が異なるため「年齢・体重・JCS条件」、そして病態が異なれば手術術式も異なるために「手術等サブ分類」を、分類の変数として採用している。

また、処置についても「処置等

1」と「処置等2」を設定し、化学療法、人工呼吸、再建術などの有無でさらに分類を行う形式となっている。さらに、合併症・併存症の有無で医療資源の消費量が異なるために「副傷病名」のコードを加え、最後に上記項目でも吸収しきれない要素として「重症度等」のコードが設定されている。

こうして作成した分類に、平成十四年七月から十月に八二の特定機能病院等から収集した二六・七万件のデータをあてはめて分析した結果、五七五傷病（図2のコード上六桁に相当）、二五五二分類からなるDPCver. 3が完成した。ただし、実際の包括評価に利用されるものは、最終的に全国で二〇症例以上存在し、かつ変動係数が一未満という基準を満たした一八六〇分類となっている。

V DPCによる 包括評価の実際

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

後二四時間以内に死亡した患者、治療対象患者、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急性期以外の特定入院料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、診断群分類毎に定められた一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、主にホスピタルファクターの要素である、入院基本料、検査（内視鏡、心カテ検査、検体採取・診断穿刺を除く）、画像診断、投薬、注射、一〇〇〇点未満の処置等となっている。

一方、出来高算定となる範囲は主にドクターフィーの要素である、手術料、麻酔料、一〇〇〇点以上の処置、心臓カテーテル法による検査、内視鏡検査、検体採取・診断穿刺、指導管理料、リハビリテーション、精神科専門療法等となっている。

診断群分類毎の一日当たり点数は、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、図3に示したように在院日数に応じて三段階に設定されている。

- ①入院日数の二五パーセント値（入院期間Ⅰ）までは平均点数に一五%加算。

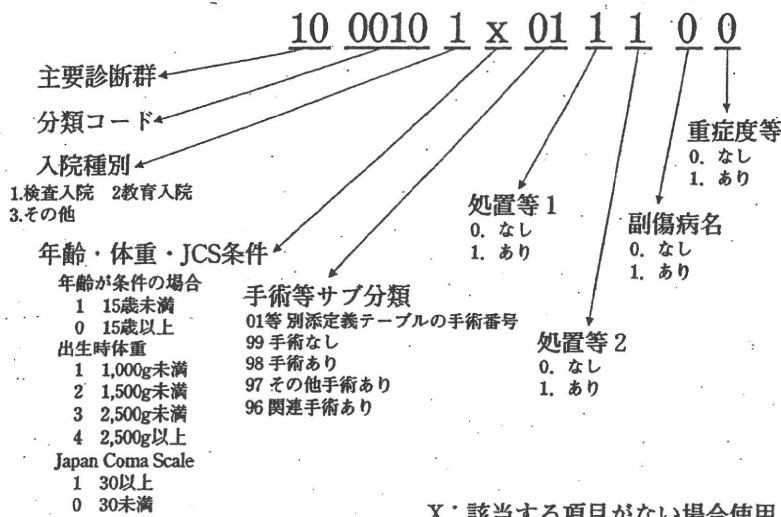
- ②二五パーセント値から平均在院日数（入院期間Ⅱ）までの点数は、平均在院日数まで入院した場合の一日当たり点数の平均点が、一日当たり平均点を段階を設けずに設定した場合と等しくなるように設定。

- ③平均在院日数を超えた日から前日の点数の八五%で算定。

そして、平均在院日数から標準偏差の二倍（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。

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係る医療費が平成十四年七月～十月の医療費の実績に等しくなる

図2 診断群分類コードの構成



医療の情報化
おわりに—DPCと

ように医療機関ごとに設定したものである。図4に胃の悪性腫瘍・全摘術について算定例を示した。この例では、全診療報酬に占める包括評価部分の割合は約五〇%となっている。

図3 DPCを用いた包括評価における逓減制の仕組み

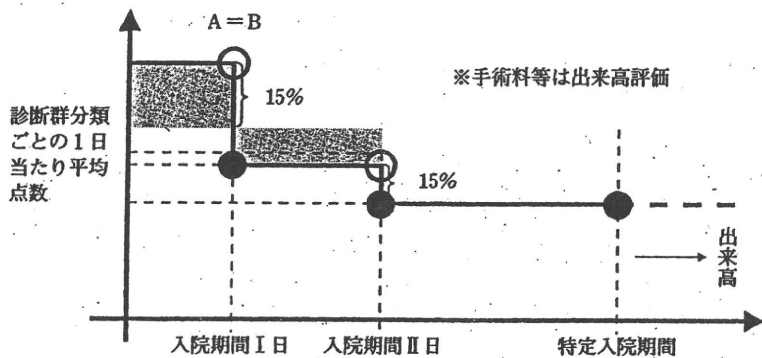


図4 DPCに基づく包括評価の算定例
(DPC 0600203x01000x)

胃がんの場合 (30日間入院)	155,230点
◇ 断群分類: 胃の悪性腫瘍、開腹胃全摘術 (処置等、副傷病なし)	
* 1日当たり点数	14日まで 2,939点
	15日~28日 2,172点
	29日以上 1,842点
◇ 入院医療機関: A大学附属病院	
* 医療機関別係数: 1.0507	調整係数: 1.0245
	紹介外来加算: 0.0257
	診療録管理体制加算: 0.0005
(算定内訳)	
○ 包括評価	= 2939点×1.0507×14日 + 2172点×1.0507×14日 + 1846点×1.0507×2日 = 79,061点
○ 出来高評価	= 76,169点 (胃全摘術等)

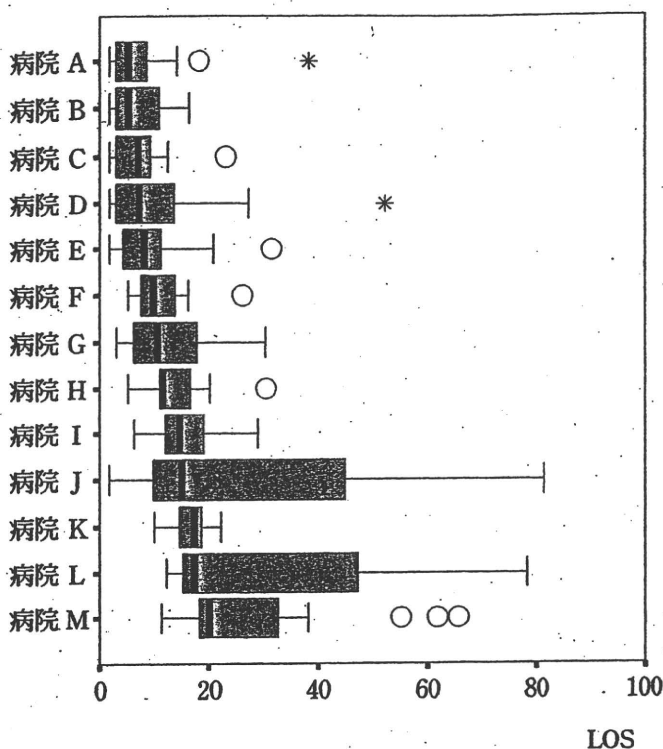
人口構造及び疾病構造の変化と医療技術の進歩、そして国民の医療に対する要求水準の高まりによって増大する医療費をいかにコントロールするかは先進国共通の課題となっている。そして、現在の経済状況の低迷を前提とすれば、抜本的な医療制度の改革を避けて通ることはできない。しかしながら、支払者、患者、サービス提供

者間の種々の利害が複雑に関連する医療の領域において、改革を行っていくことは容易ではない。異なる利害関係を持つ関係者間で納得のいく合意形成がなされるためには、その根拠となる情報が必要である。しかしながら、これまでの医療現場では、正確で使える状態の情報が少ないのが実情である。

その主な原因の一つとして、医療情報の標準化が遅れていたことが指摘できる。DPCはこの標準化のツールである。これまで医療現場ではばらばらのフォーマットで保存されていた情報が、DPCという共通のフォーマットで情報化され、それをもとに医療の質の評価や関係者間での情報の交換が可能になるのである。

図5 DPCごとの在院日数の施設間比較例

(胃の悪性腫瘍・開腹全摘術・処置等なし・副傷病なし
DPC 0600203x01000x)



例えば、今回の包括評価の基礎資料となった「急性期試行診断群分類を活用した調査研究」では、図5に示したような診断群分類ごとの平均在院日数の分布が施設名とともに公表されている（文献1）。平均在院日数は病院サービスの結果を図る指標の一つに過ぎず、それですべてを語ることはできない。従って、各施設は自らの結果を正当化するために他の指標を含めた説明責任を負うことになる。

例えば、DPCでは説明しきれ

ていない重症度の違いや、あるいは予後の違いなどについて説明が求められるであろう。クリティカルパスが作成されている場合には、それが説明のための重要な資料となる。その意味で各施設にはこれまで以上に医療サービスの質に関する取り組みが要求されるようになる。そして、このような情報が公開されることで、関係者間のコミュニケーションも改善されるのである。

他方、包括支払いという枠組み

の中でサービスの効率性を高めるために、各施設においては科別及びDPC単位での収支分析などの内部管理的な活動が重要になる。その結果、あるDPCに関して、大部分の施設において構造的に赤字になるというようなデータが提示されるならば、そのような証拠に基づいて適正な診療報酬を設定することが可能になるであろう。

「急性期試行診断群分類を活用した調査研究」班では、特定機能病院を対象に、標準的なコストインゲマニユアルを用いてDPC単位での部署別原価を調査する研究を行っている。現在、中医協の下に診療コストに関する調査専門組織が設置されているが、DPCに関連して収集されるコスト情報は、今後の診療報酬を検討する上で貴重な資料になると考えられる。

厳しい経済環境下において医療費の適正化と医療サービスの質向上という二つの条件を満たすためには、標準化された情報が不可欠である。そして、その情報に基づいて関係者間の議論と合意がなされていく体制、いわゆるEvidence Based Negotiationの体制を確立することが、今後の医療制度改革の

基盤となると筆者は考えている。DPCはそのためのツールに過ぎない。ただし、DPCがこの情報の標準化と透明化のためのツールとしての機能を十分に果たすためには、さらなる分類の精緻化とDPCを用いた質の評価手法の開発が課題となる。

このような課題については我々も十分認識しており、次回以降の連載で説明されるような種々の研究が現在進行中である。政策研究という枠組みの中で行われている本研究は、わが国の医療の質の向上と効率化に役立つものでなければならぬ。多くの読者の方々から、忌憚のないご意見を本連載に対していただければ幸いである。

【引用文献】

- (1) 松田晋哉・他（二〇〇三）「急性期入院試行診断群分類を活用した調査研究報告書（平成十四年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進事業）」
- (2) 遠藤久雄（二〇〇二）「包括支払い制と医療の質―透視医療に見る薬剤選択―」南部鶴彦編「医薬品産業組織論」二一五～二五〇頁

表1 諸外国における診断群分類の状況

	アメリカ	フランス	ドイツ	オランダ	ベルギー	オーストリア	ポルトガル	スウェーデン	ノルウェー	デンマーク	フィンランド	ポーランド	シンガポール	カナダ	
医療制度	公的保険 (Medicare, Medicaid) と民間保険	社会保険	社会保険	社会保険	社会保険	社会保険	基本はNHS + 社会保険 + 民間保険	NHS	NHS	NHS	NHS	NHSと 民間保険	社会保険 (Mediasive, Medishield)	NHS	
病院への支払い	DRG/PPS	予算制(公立) + 旧あたり 費用額(民間) + PPS	予算+ 旧 あたり費 用額+ PPS	予算制	予算制	DRG/PPS	予算制と DRG/PPS	予算制と DRG/PPS	予算制と DRG/PPS	予算制	予算制	予算制	DRG/PPS	予算制と DRG/PPS	
開業医への支払い	FFS(ただし、HMOによっては人頭制も利用)	FFS	FFS	人頭制	FFS	基本定額 + PPS	人頭制	人頭制	人頭制	人頭制	人頭制+	FFS	FFS	FFS	
使用されている診断群分類	CMS-DRG	APR-DRG	HRG v3.2	GHM及び Eip	APR-DRG ver. 20	LDf 2002	HCFADRG Nord-DRG, ver.16	Nord-DRG	Nord-DRG	DRG	Nord-DRG	AR-DRG v.4.2	AN-DRG	Case Mix Groups 2002	
分類数	510	651	1400	571	592	661	約10000た だし実態上 は600程度	1400	842	511	499	499	565	661	477
診断コード	ICD9CM	ICD9CM	ICD10	ICD9CM	ICD9CM	ICD10	ICD9CM	ICD10	ICD10	ICD10	ICD10	ICD10AM	ICD9CM	ICD10CA	
処置コード	ICD9CM	OPCS	CdAM	CVV	ICD9CM	ICD9CM	ICD9CM	ICD9CM	ICD9CM	ICD9CM	NCSP	NCSP	ICD10AM	ICD9CM	
DRG/PPS	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
DRGと予算制	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	
DRGと1日あたり定額	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	
ベンチマーキング	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
慢性期入院医療	modified DRG	○(CMS)	なし	DBC	なし	検中	No	No	No	No	No	SNAP, RCS	No	RUG-III	
リハビリテーション	No	SSR-GHJ	KTG	DBC	なし	KTG	No	Nord-DRG	Nord-DRG	Nord-DRG	Nord-DRG	SNAP/CRAFT	No	開発中	
精神科医療	DRG(使用は限定的)	PSY-GHJ	No	DBCの枠組 みて開発中	Partial by APR-DRG	検中	No	開発中	開発中	開発中	開発中	部分的 No(ただし, 急性期は AN-DRG)	No	開発中	
外米医療	APC	Out-patient extension	HRG	HRG	Partial by APR-DRG	検中	No	Nord-DRG	Nord-DRG	DAGS	Nord-DRG	VACS, SACS, QHACS	No	CACS	

D P C 定義表と情報化の課題

●産業医科大学・医学部・公衆衛生学教室 教授 松田晋哉

はじめに

D P Cへの割付は、前回説明したようにI C D 10でコード化された傷病名と診療報酬表における手術・処置コードであるK・Jコードなどによって行われる。そしてこのD P Cへの割付が正確に行われるためには、病院の情報化が必須となる。

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ぬ。そのためにはD P Cに対応したオーダリングシステムや電子レセプト、電子カル

ルの仕組みが構築される必要がある。

例えば、日々の医療行為がフルオーダリングで入力され、それが医事課の情報システムと連動すること、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。また、院内物流システムと連動すること、適切な在庫管理ができる体制とすることも必要であろう。現在、多くの病院でこのような方向で病院の情報システムの開発が進んでいる。その意味でD P Cは病院の情報化を促進する要因となっているのかもしれない。しかしながら、このような情報化は単

にD P Cに対応するもののみであつては本末転倒である。病院の情報化は業務の効率化とサービスの質向上を第一の目的として行われるべきであろう。その意味で病院の情報化に関しては、それを何のために行うのかについて改めて考えておく必要がある。

この点について研究班（注1）の石川光一氏は、安易な電子カルテ化は危険であり、事後的に何が必要な情報となるのかを考えて段階的に病院の情報化を行うべきであると主張している（文献1、2）。例えば、事後的に医療職が各患者について必要とする情報のほとんどは臨床検査や画像検査の結果と退院時サマリーであり、医師の日

常の診療記録そのものであることは少ない。従つて、医師の日常の診療記録そのものを電子化する意義は、現時点では少ないのかもしれない。その意味で、医事請求業務の効率化及びD P Cへの対応のためには、まず在庫管理及び医事業務に連結したフルオーダリングシステムの構築が第一のステップであると筆者は考えている。

本論文では、D P Cに対応した情報化に関連して、D P C定義表及びD P Cレセプトの概要と課題、そして情報システムの考え方を説明する。なお、本連載の別報では、D P Cに対応した病院情報システムの具体例として、札幌医科大学病院と鹿児島大学医学部附属病院

表1 診断群分類定義表の例

(診断群分類点数表)

番号	診断群分類番号	傷病名	手術	処置等1	処置等2	副傷病	重症度等
173	0201103×020×00	白内障、水晶体の疾患	白内障手術及び眼内レンズ挿入術	なし		なし	片眼

(定義告示)

番号	傷病名		手術	処置等1	処置等2	副傷病名
	ICDコード	区分				
167から 178まで	白内障、 水晶体 の疾患	H25,H27,H28,H260, H262,H263,H264, H268,H269,Q12	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	全身麻酔		E10,E11, E12, E13,E14, H20,H30, H33, H40,H42, H18,H590, H598,I20, I25,T814
		その他の手術あり 関連手術あり	K282+K283+K259,K282+ K283+K268,K282+K283+ K270,K282+K283+K271, K282+K283+K272,K282+ K283+K273,K282+K283+ K280,K282+K283+K281, K282-2			
			眼内レンズ挿入術 K283			
			白内障手術及び眼内 レンズ挿入術 K282+K283			
			白内障手術 K282			

D P C 定義表

のシステムが紹介され、また情報シ
ステムの考え方を研究班の石川光
一氏が説明する予定である。

D P C による分類の基礎となっ
ているのは、診断群分類定義テー
ブルである。表1はその一部であ
る。前回紹介したように、D P C
は一四桁のコードで構成され、主
要診断群、傷病名、入院種別、年
齢・体重・J C S 条件、手術等サ
ブ分類、処置等1、処置等2、副
傷病名、重症度等の九項目に対応
している。診断群分類定義テーブ
ルは、当該病態の各項目ごとに何
が分類の指標として考慮されるべ
きかを示したものである。

例えば、表1の例では「白内
障・水晶体の疾患」について、ま
ず該当する病名が I C D 10 で例示
されている。

次に、手術については当該疾患
において考慮されるべき手術が
「眼内レンズ挿入術」、「眼内レン
ズ挿入術+白内障手術」、「白内障
手術」、「関連手術」、「その他手術」
として例示されている。ここで、

最初の三つの手術は出現頻度が多
いことからそれぞれ独立に評価さ
れているが、それ以外の手術は
「白内障・水晶体の疾患」に関連
した手術であるが頻度が少ないた
めに分類のキーとしては独立でき
ず、「関連手術(定義テーブルの
診断群分類対応コードでは96)」
としてまとめられている。「その他
手術(定義テーブルの診断群分類
対応コードでは97)」は当該疾患
と直接的に関係のない手術で、定
義告示としては例示されていない。
次に、処置等1としては「全身
麻酔」の有無が評価される。この
例では処置等2にあがっている項
目はない。副傷病名についても考
慮すべき傷病が I C D 10 で規定さ
れている。ここに示された病名が
ある場合のみ「副傷病名あり」と
判断され分類に使用される。最後
に「白内障・水晶体の疾患」の重
症度等については病側が片側か両
側かが考慮される。

この定義テーブルからは「白内
障・水晶体の疾患」について「手術」
六(なしを含める)区分×「処置」
二区分×「副傷病」二区分×「重症
度等」二区分×四八の分類が可能
になるが、臨床的に意味のある分