

類は表2に示した一五分類のみとなる（DPC全では二五五六分類）。

そして、この一五分類についてそれぞれ包括支払いの対象か否かが、症例数（全国で二〇例以上）と在院日数及び包括部分の出来高換算支払額における「ばらつき」の程度（変動係数で一・〇未満）で評価され、基準を満たした場合、包括支払いの対象となる。

さらに、包括支払い対象となる場合は、前回（文献3）説明したように入院期間Ⅰ、入院期間Ⅱ、特定入院期間が定義され、その一日あたり定額が設定される。「白内障・水晶体の疾患」の場合は一二分類のみが包括支払いの対象となり、残りは従来通り出来高請求となる。

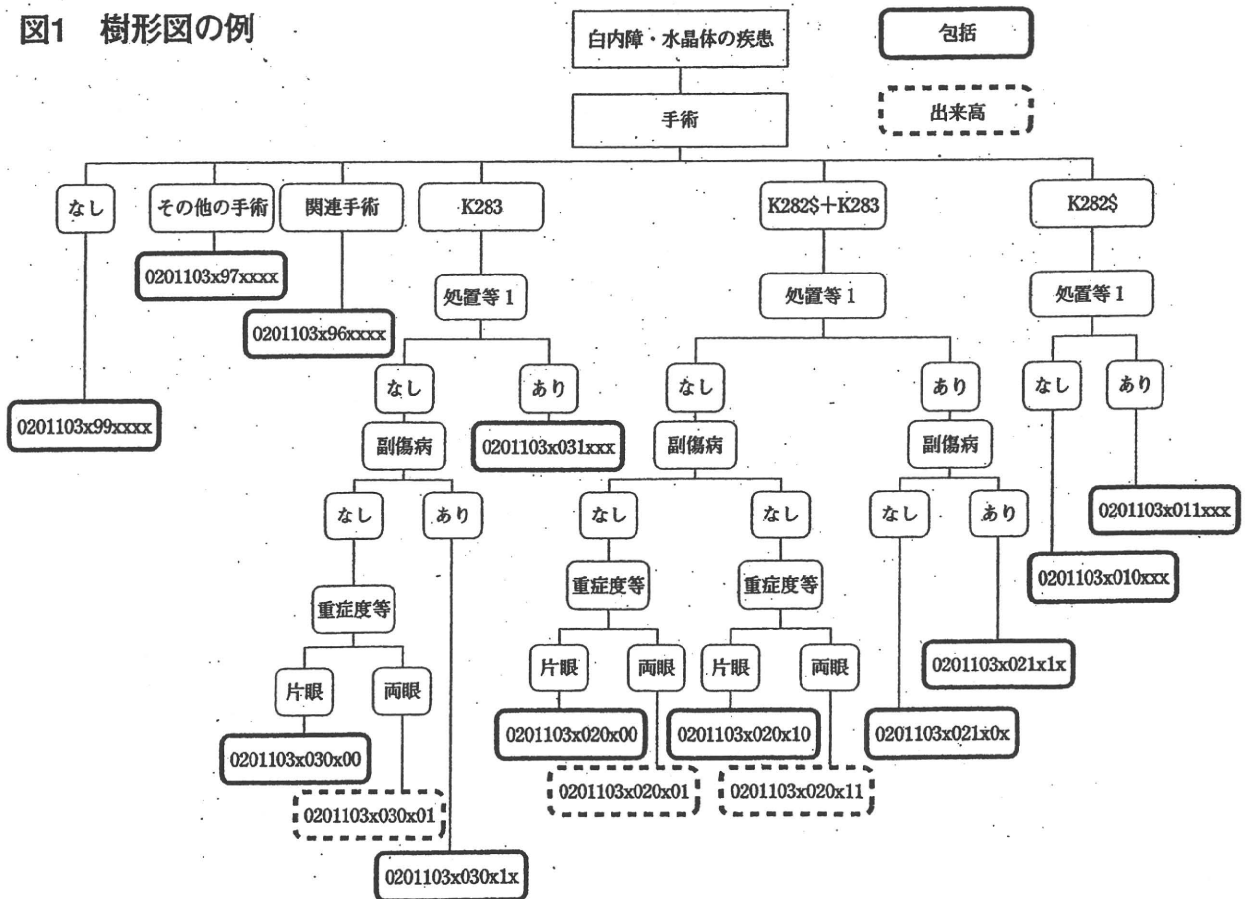
なお、診断群分類定義テーブルに合わせて提示されている樹形図は、出来高評価の分類も含めた一五分類を対象としている（包括支払い対象分類は実線、出来

表2 DPCにおける分類作成の考え方（例：白内障・水晶体の疾患）

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	支払い区分
0201103x99xxxx	白内障、水晶体の疾患	なし					包括
0201103x97xxxx	白内障、水晶体の疾患	その他の手術あり					包括
0201103x96xxxx	白内障、水晶体の疾患	関連手術あり					包括
0201103x030x00	白内障、水晶体の疾患	眼内レンズ挿入術	なし		なし	片眼	包括
0201103x030x01	白内障、水晶体の疾患	眼内レンズ挿入術	なし		なし		出来高
0201103x030x1x	白内障、水晶体の疾患	眼内レンズ挿入術	なし		あり		包括
0201103x031xxxx	白内障、水晶体の疾患	眼内レンズ挿入術	あり				包括
0201103x020x00	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	包括
0201103x020x01	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		出来高
0201103x020x10	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		あり	片眼	包括
0201103x020x11	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		あり		出来高
0201103x021x0x	白内障、水晶体の疾患	白内障手術及び眼内レンズ挿入術	あり		なし		包括
0201103x021x1x	白内障、水晶体の疾患	白内障手術及び眼内レンズ挿入術	あり		あり		包括
0201103x010xxxx	白内障、水晶体の疾患	白内障手術	なし				包括
0201103x011xxxx	白内障、水晶体の疾患	白内障手術	あり				包括

注： 空欄は分類のキーとして使用されていないことを示す。分類番号上はxで示される。

図1 樹形図の例



高支払い対象分類は点線でDPC一四桁のコードが囲まれている)。ここで、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を示した診断群分類定義テーブルを α 版、症例数及びばらつき基準に従って支払いの単位となる分類(表2)及びそれに対応した樹形図(図1)を β 版と呼んでいる。

また、原則としてDPCの見直しは α 版と β 版の二段階で行われる。まず α 版レベルでは傷病名や手術・処置及び副傷病、重症度等について、修正・追加すべきものの有無が専門臨床家の意見とデータに基づいて検討される。次いで、変更された定義表に当該年度のデータが適用され、次年度の支払いの基本となる β 版の素案が作成される。そしてこの案を再度専門臨床家が検討し、中医協の審議を経て確定する。医療が不断の発展を遂げる以上、定義表の精緻化は継続的に行われる必要がある。

III DPCレセプト

表3がDPCレセプトであり、

支払い対象となるDPCが分類番号及びその区分名とともに記載される。また、最も医療資源を投入した「傷病名」と併存症・合併症に相当する「副傷病名」が、それぞれのICD10コードとともに記載される。さらに、レセプトにはDPCへの割付に必要な他の情報、例えば、処置や手術の有無がその内容とともに記載される。これらの項目は診断群分類における研究事業で採用されていた「様式1」の記載内容に対応するものである(文献4)。請求に関する部分は包括評価部分と出来高部分から構成されている。包括評価部分については、退院時に差額の調整が行われることから当月分以前のものも記載される。出来高部分は従来どおりで、この例では続紙に記載されている。

DPCレセプトでは、原則として従来のような詳細な傷病名は記載されない。そのため傷病の多い高齢者等の場合、退院時処方などについて必ずしもそれに対応する傷病名がDPC名称やレセプトの副傷病名から判定できない場合には、その内容を詳記した続紙がない限り査定の対象となる事態が発

生している。表3は、このような対応を行っているものである。また、転科を行った場合も、同様のことが生じうる。包括評価においては事務作業の効率化もその目的の一つであることを考えると、このような詳細な記載が要求されることは、事務負担を非常に大きくするもので、本来のDPCの趣旨にはそぐわないであろう。従って、このような状況を改善するための措置が今後必要となる。

では、DPCレセプトから診療行為の内容が詳細には把握できないのであれば、診療行為の妥当性では、今後どのように評価されるのであろうか。支払い側の疑問はこの点にあると思われる。不適切な請求につながるアップコーディングや患者の療養の質に直接的な悪影響を与えうる粗診粗療を予防するためには、診療内容の評価の仕組みをあわせて導入する必要がある。これについて、筆者は、わが国においても諸外国と同様、カルテの直接点検の仕組みが必要になると考えている。

例えば、フランスでは保健省当局の地方機関と保険者が共同で、全施設を対象に、提出された患者

票についてサンプル調査を行っている。この調査ではカルテを直接点検して、再度DRGに振りなおす作業を行っているが、その結果、コーディングの誤りやいわゆるアップコーディングが判明した場合、その程度と内容によって支払いの減額等のペナルティが科されている。わが国の場合も、このような当局が各施設を対象にいくつかのサンプルを抽出し、それについてDPCレセプトとカルテの内容の整合性を検証する仕組みが将来的には必要ではないだろうか。

また、フランスではDRGにおける分類の誤りを防止するために、施設内で医療情報担当の医師が、内容の検証を行うシステムとなっている。また、その作業を補助するコンピュータソフトの開発も行われている。我々の研究班においても八二の特定機能病院等から提出されたデータをもとに、明らかに誤りがあるデータや誤りの可能性の高いケースを検出する方法論の開発を行っており、今後、この知見をコンピュータソフト化することを予定している。

ところでDPCレセプトに関しては今後電子レセプト化されてい

くことから、保険者側で共通のデータベースを作成すれば、厚生労働省が発表している図2のような資料を保険者として作ることができ(文献1)。このような資料をもとに、例えばDPCごとに在院日数の平均及びばらつきのある施設について、その原因が何であるのかをヒアリング等により詳しく検討することが可能である。

また、平成十五年十一月十二日の診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会で提出された表4のような資料を作成・検討することも有用である。これは、包括評価の対象となっている八二の特定機能病院等について、施設ごとに十四年度と十五年度のそれぞれ七月、八月のデータをもとに平均在院日数の変化を、各DPCについての在院日数の変化分とDPCの構成変化による部分に分解した結果を示したものである。

表5は、その考え方を示したもので、この例では十四年度と十五年度の平均在院日数はそれぞれ三〇日と二八日で二日間短縮している。

ここで十四年度の各DPCの件数と十五年度の各DPCの平均在

院日数を用いて十五年度の全DPCにおける平均在院日数の期待値を求めると二三日となる。すなわち、各DPCにおける平均在院日数変化の効果はマイナス七日と評価される。

他方、十四年度の各DPCの平均在院日数と十五年度の各DPCの件数を用いて十五年度の全DPCにおける平均在院日数の期待値を求めると二六日となる。

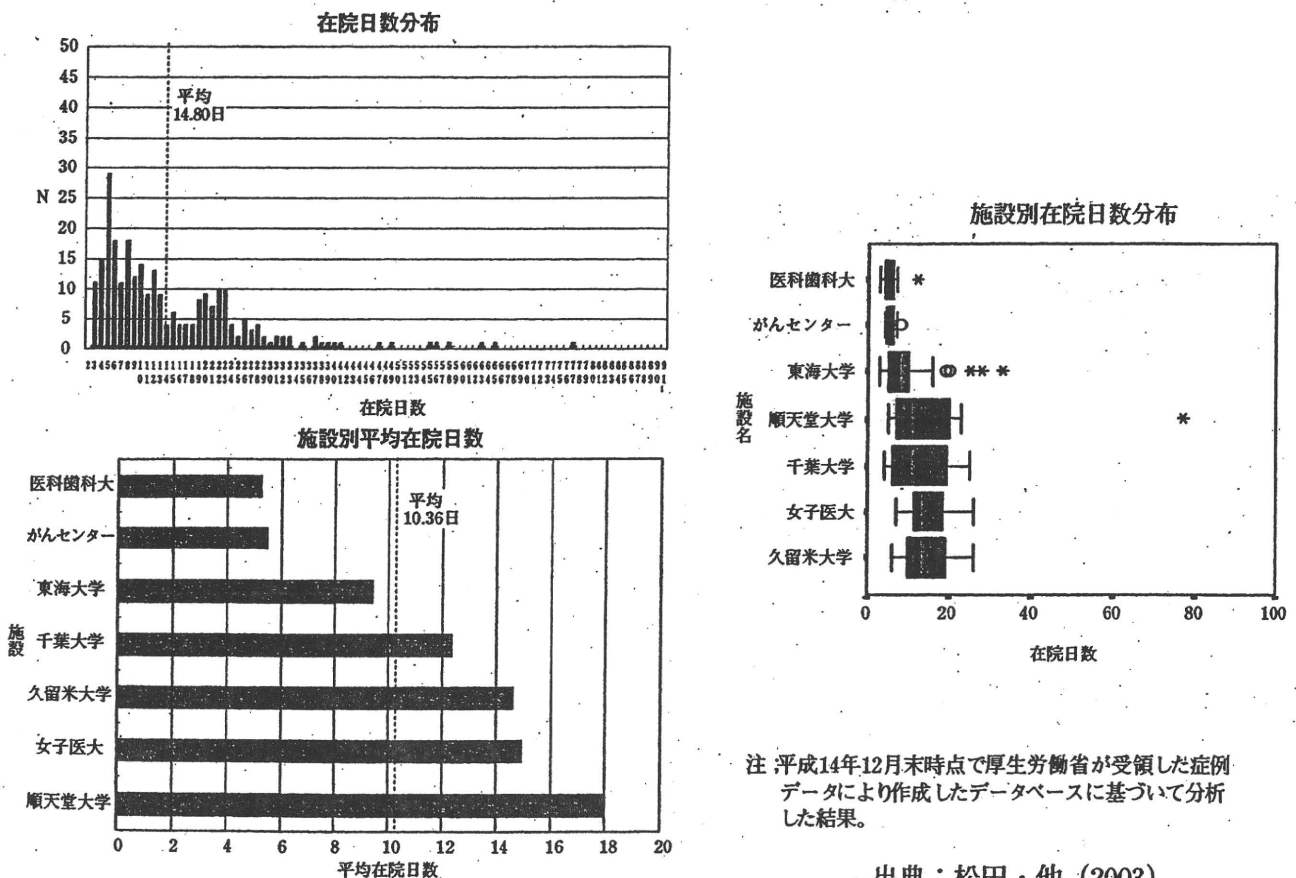
これは、この施設がより平均在院日数の長いDPCを多く診療するようになっていくことを示している。

以上をまとめると、この施設は十四年度から十五年度にかけて、より平均在院日数の長い(すなわち複雑性の高い)患者を診ているにもかかわらず、各DPCにおける在院日数が短縮しているために、全体として平均在院日数が短縮していることになる。

このような考え方で表4を見ると、この一年間で八二施設全体としてより複雑

図2 DPCに基づく分析の例

診断群分類番号 0600103x060xxx 食道の悪性腫瘍(頸部を含む)
早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術等 処置等1なし



山梨大学医学部附属病院	1172	19.59	1305	18.42	-1.17	804	17.37	858	15.78	-1.60	-1.01	0.39	16.85	18.18
信州大学医学部附属病院	1299	21.19	1396	20.84	-0.35	889	19.73	937	19.60	-0.12	-0.88	1.12	19.58	19.03
岐阜大学医学部附属病院	1114	21.27	1152	17.65	-3.62	743	18.14	760	15.01	-3.13	-2.56	-0.64	17.70	18.10
浜松医科大学医学部附属病院	1062	21.93	1203	18.07	-3.86	684	18.27	670	17.35	-0.92	-2.70	0.39	16.21	17.62
名古屋国立大学病院	1455	22.39	1603	19.97	-2.42	1055	20.53	1094	17.87	-2.65	-2.82	0.47	19.25	18.42
藤田保健衛生大学病院	2766	21.22	2828	19.56	-1.66	2197	19.42	2275	18.12	-1.30	-1.01	0.21	21.35	18.03
愛知医科大学附属病院	2081	19.49	2255	17.32	-2.17	1605	18.46	1634	15.39	-3.07	-2.79	-0.37	17.85	17.04
名古屋大学医学部附属病院	1668	21.99	2075	20.80	-1.19	1256	20.64	1401	19.66	-0.99	-1.20	0.39	18.58	19.95
三重大学医学部附属病院	1201	22.44	1275	21.21	-1.22	774	21.10	771	18.77	-2.33	-0.92	-0.79	19.35	19.54
滋賀医科大学医学部附属病院	1262	18.03	1263	18.74	0.71	883	17.09	822	16.69	-0.40	0.06	0.93	19.64	18.36
京都府立医科大学附属病院	1392	22.59	1700	19.68	-2.92	972	20.08	1064	17.10	-2.98	-3.67	0.97	18.14	19.82
京都大学医学部附属病院	1860	23.69	1990	21.62	-2.07	1360	22.26	1448	20.77	-1.49	-1.31	-0.43	19.85	18.84
大阪医科大学附属病院	1850	21.03	1981	19.82	-1.22	1401	18.77	1392	17.72	-1.05	-1.17	1.12	19.73	18.21
関西医科大学附属病院	2181	20.00	2269	19.21	-0.79	1601	18.73	1633	17.28	-1.45	-1.38	1.31	18.67	19.41
近畿大学医学部附属病院	2647	18.90	2938	17.53	-1.37	2162	18.10	2335	15.99	-2.12	-2.10	0.59	17.47	18.48
大阪府立大学医学部附属病院	1088	26.02	2106	20.42	-5.61	827	25.39	1314	19.13	-6.25	-4.38	-0.76	19.48	18.86
国立循環器病センター病院	1330	21.63	1400	21.56	-0.07	1153	21.45	1207	21.15	-0.30	0.62	-1.50	18.72	18.63
大阪大学医学部附属病院	1749	22.13	1871	21.87	-0.27	1266	20.60	1262	20.19	-0.41	-0.75	1.19	21.10	19.17
兵庫医科大学病院	1886	21.85	2316	18.78	-3.07	1467	20.99	1710	17.94	-3.05	-2.82	0.08	17.50	19.13
神戸大学医学部附属病院	1468	23.23	1593	20.89	-2.34	1004	21.03	999	19.39	-1.65	-1.47	-0.15	19.12	19.36
奈良県立医科大学附属病院	1275	24.42	1406	23.16	-1.26	900	22.44	863	20.46	-1.99	-0.62	-1.13	23.06	19.77
和歌山県立医科大学附属病院	1654	21.39	1791	19.08	-2.31	1204	20.79	1276	17.14	-3.65	-2.37	-1.48	18.28	19.51
鳥取大学医学部附属病院	1127	22.21	1226	23.66	1.46	744	20.24	780	22.23	1.99	0.33	1.98	23.26	19.15
島根医科大学医学部附属病院	1093	22.64	1097	21.56	-1.08	693	21.40	669	20.33	-1.06	-1.57	1.68	20.60	19.15
川崎医科大学附属病院	1577	21.43	2152	18.71	-2.72	1184	19.17	1468	16.58	-2.58	-2.94	0.16	18.12	18.27
岡山大学医学部附属病院	1392	21.38	1612	18.07	-3.30	934	19.47	1086	17.58	-1.89	-1.49	-0.34	18.59	18.23
広島大学医学部附属病院	1412	23.04	1556	21.02	-2.02	957	21.77	1067	19.11	-2.66	-1.54	-0.05	19.75	19.53
山口大学医学部附属病院	1427	22.44	1500	19.09	-3.35	941	20.47	1021	17.48	-2.99	-2.58	-0.94	18.01	19.21
徳島大学医学部附属病院	990	21.39	1198	21.73	0.34	681	20.00	763	20.13	0.14	0.68	0.46	21.67	18.85
香川医科大学医学部附属病院	1072	22.06	1143	19.94	-2.12	699	20.84	708	17.37	-3.47	-2.01	-1.97	19.46	18.01
愛媛大学医学部附属病院	580	18.47	558	15.64	-2.83	280	16.35	304	15.31	-1.04	-1.47	-1.36	15.43	16.35
高知医科大学医学部附属病院	1109	24.62	1284	18.37	-6.25	743	22.92	813	16.99	-5.94	-5.84	0.40	16.85	19.51
福岡大学病院	1711	19.97	2120	17.65	-2.32	1314	18.95	1441	16.76	-2.18	-1.61	-0.71	16.78	19.46
久留米大学病院	2258	22.90	2210	20.91	-1.98	1662	21.82	1633	18.96	-2.85	-2.50	-1.19	19.89	19.38
産業医科大学病院	1249	21.53	1451	19.51	-2.02	865	20.57	999	18.46	-2.12	-1.25	1.42	18.03	20.34
九州大学医学部附属病院	2232	24.20	2294	20.62	-3.58	1694	23.82	1699	20.10	-3.71	-3.89	1.70	18.79	20.26
佐賀医科大学医学部附属病院	1265	21.00	1255	21.38	0.37	841	19.03	862	20.10	1.07	0.34	1.76	20.13	19.82
長崎大学医学部附属病院	1449	22.72	1413	21.38	-1.34	1008	21.28	932	19.69	-1.59	-2.03	-0.06	19.59	19.06
熊本大学医学部附属病院	1512	23.46	1561	24.25	0.79	1099	22.56	1070	22.83	0.28	-0.19	2.01	21.40	21.78
大分医科大学医学部附属病院	1269	22.77	1379	18.86	-3.91	832	22.40	837	16.72	-5.68	-6.24	0.12	17.49	20.28
宮崎医科大学医学部附属病院	914	21.81	1039	21.92	0.10	539	20.78	620	20.87	0.09	-0.75	1.67	20.28	19.25
鹿児島大学医学部附属病院	1131	24.75	1273	23.20	-1.55	725	24.51	771	22.16	-2.35	-4.07	3.11	20.81	21.06
琉球大学医学部附属病院	985	20.30	1059	21.56	1.25	640	18.38	658	19.33	0.95	0.12	-0.56	20.85	18.22
全体	137284	20.41	151959	18.79	-1.61	137167	20.40	151785	18.78	-1.61	-1.87	0.44	18.35	18.79

表4 DPC対象病院における在院日数の変化の分析

施設名	平成14年			平成15年			平成14年と15年の差の理由の検討			平均の差 (検証明)	DPC毎の在院日 数の変化の影響	平成14年と15年の差の要因	疾患構成の違いの補正等(平成15年)	
	データ数	平均	データ数	データ数	平均	データ数	平均	データ数	平均					
	平均の差			平均の差			平均の差							
	データ数	平均	データ数	データ数	平均	データ数	平均							
札幌医科大学医学部附属病院	1526	24.41	1505	19.68	-4.73	1052	22.12	955	17.49	-4.63	-3.58	-0.02	18.86	19.02
北海道大学医学部附属病院	1652	21.33	1851	18.93	-2.39	1136	19.46	1233	17.54	-1.92	-1.92	0.83	17.70	19.45
旭川医科大学医学部附属病院	936	23.15	1121	19.07	-4.08	595	21.33	673	18.19	-3.14	-4.37	1.66	16.73	18.94
弘前大学医学部附属病院	1133	20.67	1253	20.24	-0.43	728	18.98	750	18.16	-0.82	-0.37	0.71	19.72	20.08
岩手医科大学附属病院	1983	21.36	2045	20.84	-0.52	1447	19.64	1511	18.57	-1.07	-1.19	1.28	20.19	19.24
東北大学医学部附属病院	1703	21.30	2124	23.26	1.96	1285	20.48	1477	21.41	0.93	0.28	2.12	20.58	19.82
秋田大学医学部附属病院	976	23.22	1118	21.49	-1.73	560	21.30	586	18.69	-2.61	-4.27	0.57	18.91	20.55
山形大学医学部附属病院	1075	22.20	1134	20.50	-1.71	618	20.72	709	18.59	-2.14	-1.55	-0.45	19.32	19.02
福島県立医科大学医学部附属病院	903	25.42	1120	16.88	-8.54	564	21.90	603	14.46	-7.44	-7.15	0.24	16.29	17.42
自治医科大学附属病院	1204	23.38	1509	21.84	-1.54	828	21.69	945	20.03	-1.65	-1.39	0.11	19.79	19.54
獨協医科大学病院	2562	18.18	3057	16.15	-2.03	2043	16.94	2350	14.90	-2.04	-1.85	-0.64	15.53	18.32
群馬大学医学部附属病院	2751	18.72	2704	19.45	0.73	2292	17.46	2189	18.40	0.94	0.44	0.53	19.09	17.73
群馬大学医学部附属病院	1305	18.42	1638	17.90	-0.52	951	16.28	1086	15.32	-0.97	-0.74	0.58	16.01	19.42
埼玉医科大学附属病院	3273	17.40	3459	16.34	-1.06	2697	16.25	2762	14.77	-1.48	-1.56	0.25	15.46	18.87
防衛医科大学校病院	1354	17.76	1714	15.83	-1.92	987	16.09	1156	14.51	-1.58	-1.78	-0.34	15.82	17.39
千葉大学医学部附属病院	1553	20.08	1577	19.61	-0.47	1001	18.24	1093	18.00	-0.24	-0.49	1.39	18.50	18.90
東京慈恵会医科大学附属病院	2694	15.82	2910	15.44	-0.38	2158	14.41	2299	14.17	-0.24	-1.49	1.01	14.94	17.89
東京医科大学病院	2640	18.25	2909	16.40	-1.85	2098	16.80	2231	15.05	-1.74	-2.19	1.42	16.11	18.61
東京女子医科大学病院	3162	17.69	3477	17.25	-0.44	2537	16.21	2766	16.21	-0.01	-0.49	0.92	16.76	19.13
慶應義塾大学病院	3251	15.40	3365	15.12	-0.28	2694	14.37	2694	13.98	-0.39	0.12	-0.11	14.97	17.83
日本医科大学付属病院	2244	22.44	2241	19.35	-3.09	1730	20.80	1620	18.40	-2.40	-3.89	1.71	18.78	18.56
順天堂大学医学部附属順天堂医院	2987	16.78	3300	15.29	-1.49	2445	16.10	2666	14.38	-1.72	-1.05	0.29	16.26	17.37
昭和大学病院	1898	19.07	2096	18.52	-0.55	1458	16.57	1574	16.44	-0.13	-0.57	0.63	19.41	17.20
東邦大学医学部付属大森病院	1958	20.66	2113	18.96	-1.70	1547	19.02	1610	17.38	-1.65	-1.48	0.20	18.97	17.81
日本大学医学部附属板橋病院	2215	17.80	2301	14.80	-2.99	1667	17.20	1640	13.71	-3.49	-3.23	-0.51	14.67	17.87
帝京大学医学部附属病院	2447	18.66	2580	18.37	-0.29	1935	17.02	1949	16.53	-0.49	-0.31	0.00	20.98	16.96
杏林大学医学部付属病院	1966	18.40	2522	16.92	-1.48	1533	17.18	1921	15.68	-1.50	-0.96	-0.14	17.18	17.65
国立がんセンター中央病院	1846	16.90	2016	15.20	-1.70	1640	16.46	1722	14.55	-1.91	-1.90	0.37	14.46	23.74
東京医科歯科大学医学部附属病院	1624	19.42	1878	16.82	-2.60	1180	17.73	1339	15.64	-2.08	-1.23	-0.80	16.35	18.40
東京大学医学部附属病院	2454	18.79	2722	18.32	-0.48	1891	17.49	2168	17.23	-0.26	-0.27	-0.50	18.57	18.13
北里大学病院	2798	16.80	3005	15.87	-0.93	2291	15.45	2352	14.72	-0.74	-1.96	1.94	14.48	18.54
東海大学病院	2520	16.12	2551	15.88	-0.24	2003	14.88	1911	13.43	-1.44	-1.42	0.59	15.14	18.75
聖マリアンナ医科大学病院	2258	19.02	2880	17.52	-1.51	1826	18.07	2172	16.13	-1.94	-2.23	-0.11	17.15	17.59
横浜国立大学医学部附属病院	1129	19.54	1232	16.30	-3.24	662	17.46	804	15.41	-2.04	-1.18	0.11	16.21	19.81
新潟大学医学部附属病院	992	24.28	1394	20.19	-4.09	681	23.29	845	19.12	-4.17	-2.59	-1.10	18.94	18.83
富山医科大学附属病院	1132	22.41	1158	20.71	-1.70	750	20.40	754	17.24	-3.17	-2.58	0.09	19.09	19.07
金沢医科大学病院	1608	20.38	1745	18.23	-2.15	1132	18.56	1123	15.62	-2.94	-2.43	0.24	18.83	17.70
金沢大学医学部附属病院	1323	23.72	1479	18.31	-5.40	897	21.05	969	15.79	-5.25	-5.03	-0.06	16.47	19.87

表5 平均在院日数の差異分析方法について

平均在院日数が2日短縮された事例で説明する。

03年度では長期入院のDPCで在院日数が大幅に短縮されているが、これらの症例数が増大し、在院日数の短いDPCの症例数が減少している。

DPC	02年度			03年度			平均在院日数の変化	件数の変化(件)
	件数	平均LOS	合計	件数	平均LOS	合計		
010010	5	20	100	2	15	30	-5	-3
020010	4	30	120	3	20	60	-10	-1
030010	3	40	120	5	30	150	-10	2
040010	2	50	100	4	40	160	-10	2
050010	1	10	10	1	20	20	10	0
合計	15	30	450	15	28	420	-2	0

各DPCの平均在院日数の変化による合計平均在院日数の変化を評価すると、▲7日である。

DPC	02年度			03年度			02件数×03LOS	02LOS×03件数
	件数	平均LOS	合計	件数	平均LOS	合計		
010010	5	20	100	5	15	75	75	
020010	4	30	120	4	20	80	80	
030010	3	40	120	3	30	90	90	
040010	2	50	100	2	40	80	80	
050010	1	10	10	1	20	20	20	
合計	15	30	450	15	23	345	345	
平均LOSの差異				-7.0		(23-30)		
CMは02でLOSは03時の平均LOS				23.0				
LOSは02でCMは03時の平均LOS								
DPC別LOS変化による平均値の変化				-7.0				
CM変化による平均値の変化								
交互作用								
02→03変動				-7.0				

ケースミックスの変化による平均在院日数の変化は、+6日である。

DPC	02年度			03年度			02件数×03LOS	02LOS×03件数
	件数	平均LOS	合計	件数	平均LOS	合計		
010010	5	20	100	2	20	40	40	
020010	4	30	120	3	30	90	90	
030010	3	40	120	5	40	200	200	
040010	2	50	100	4	50	200	200	
050010	1	10	10	1	10	10	10	
合計	15	30	450	15	36	540	540	
平均LOSの差異				6.0		(36-30)		
CMは02でLOSは03時の平均LOS				0.0				
LOSは02でCMは03時の平均LOS				36.0				
DPC別LOS変化による平均値の変化								
CM変化による平均値の変化				6.0				
交互作用								
02→03変動				6.0				

両方の変化を同時に評価すると、以下ようになり、平均LOSの変化である▲2日と各要因の合計▲7日+6日との差異は交互作用で説明される。

DPC	02年度			03年度			02件数×03LOS	02LOS×03件数
	件数	平均LOS	合計	件数	平均LOS	合計		
010010	5	20	100	2	15	30	75	40
020010	4	30	120	3	20	60	80	90
030010	3	40	120	5	30	150	90	200
040010	2	50	100	4	40	160	80	200
050010	1	10	10	1	20	20	20	10
合計	15	30	450	15	28	420	345	540
平均LOSの差異				-2.0		(28-30)		
CMは02でLOSは03時の平均LOS				23.0		(345÷15) 15は02年件数		
LOSは02でCMは03時の平均LOS				36.0		(540÷15) 15は03年件数		
A DPC別LOS変化による平均値の変化				-7.0				
B CM変化による平均値の変化				6.0				
C 交互作用				-1.0				
02→03変動				-2.0		A+B+C		

な症例が増えているにもかかわらず、各DPCにおける在院日数の短縮化により、全体として平均在院日数が短くなっていることがわかる。保険者がこのようなデータを持つことは、医療施設の診療内容を把握する上で非常に有用であろう。筆者はこのようなデータの透明化が、現行のレセプト審査を補完する重要な仕組みになつていくと考えている。

ちなみに、本連載において伏見清秀氏と堀口裕正氏が例示する効率性指標と複雑性指標は、ある年度における在院日数の全国平均と全国レベルでのDPC構成を元に上記のような分析を行ったものである。これにより各施設が全国平均に比較して複雑な症例を多く扱っているのか、及び効率的な診療を行っているのか否かに関する評価を行うことが可能となる。

Ⅳ 今後の課題

DPCによる包括評価は始まったばかりの制度であり、医療の現場も保険者も、DPCに関して十分に理解しているとはいえない現

状がある。そこで、本論文ではDPCに関連した情報化について定義テーブルとDPCレセプトに焦点をあてて説明した。

繰り返し強調しているようにDPCは医療活動に関する情報標準化のツールであり、単なる支払いの単位ではない。DPCに関するこの最も重要な点を抑えておかないと、現在の診療報酬体系が真のコストを反映しないと批判されているのと同じように、支払いに偏った政治的な議論の帰結としてDPC分類が望ましい体系から乖離したものになる恐れがある。従つて、DPCの分類精緻化に関しては、あくまで臨床専門家の意見とデータに基づいて定義テーブルをベースとして行われていくべきと考えている。その意味で、今後、DPCのメインテナンスを担当する公的組織の創設が必要となる。

DPCの導入は、今後、病院の情報化をさらに促進するものになるであろう。重複投資による施設側の不利益を防止するためにも、DPCプロジェクトも医療のIT化に関する国の基本方針に沿ったものでなければならぬ。従つて、短期的には電子レセプト、中・長

期的には電子カルテシステムとの整合性が課題となる。前述のように、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。すでに鹿児島大学病院など、いくつかの施設ではそのような仕組みが導入されており、研究班もその一般化に向けて研究を行っている(文献1)。

また、情報化に関しては、各部門の責任も明確にする必要がある。図3はある大学病院の例であるが、全体の情報の流れの監督は医事課、医療情報の入力には各病棟(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)と各部門の責任を明確にしている。

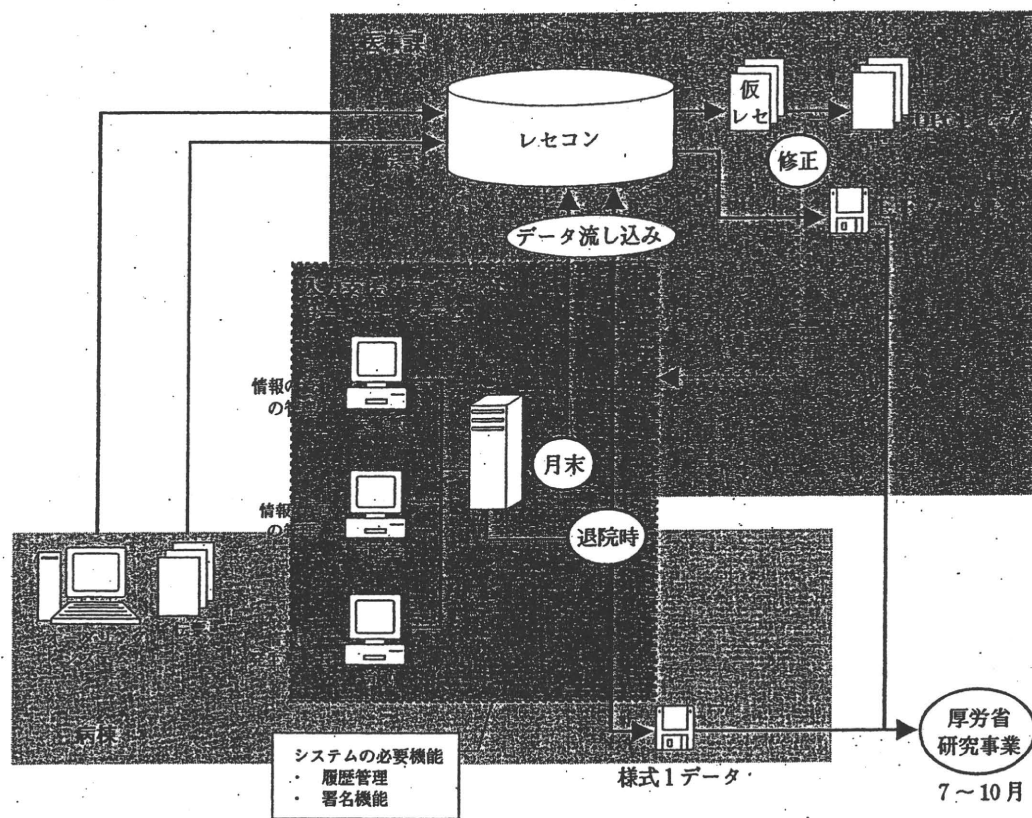
傷病及び処置・手術の入力に関しては、誰が主体となつて行うべきかという議論がある。これについて、筆者は少なくとも傷病名は主治医がICD10とともに入力すべきではないかと考えている。国民に対する医療サービスの内容の説明責任が問われている今日の状況を考えれば、行われた診療行

為の基本となる傷病名と対応するICD10についてはやはり主治医が決定するというのが自然であるように思われる。もちろん、これが可能になるためにはICDに関する卒前・卒後の教育が必要であり、それは我々当該分野の教育者の責任であろう。

また、研究班が配布したコーディング支援ソフトが混乱の原因を作っているという指摘もあり、その意味でも後述のDPCにおけるICD10と臨床病名の対応について、今後早急に整理をすることが研究班にとって喫緊の課題である。

ところで、特定機能病院におけるDPCの運用に関しては、支払い制度そのものに効率化を妨げる要因があることが指摘されている。例えば、退院時の差額調整、あるいは2SDを超えた場合や包括対象ではない診断群分類の存在といった出来高・包括の混在などが医事課の業務を複雑にしているという指摘がある。後者の対策としては、すべての症例が同様にDPCベースで支払いを受けることを可能にする分類の精緻化が研究班としては今後の検討課題である。ま

図3 DPCに対応した院内ワークフロー例 (クライアント・サーバー型)



た、アウトライヤーをどのよう
 考えるのかについても考え方の整
 理が必要であろう。

DPCと電子レセプト及び電子
 カルテとの整合性の点では、病名

の標準化が短期的には大きな課題
 となる。各専門診療領域における
 標準的な用語の整理は日本医学会
 傘下の各学会の用語委員会によつ
 て検討されるべきものであり、必

ずしも支払い用の病名を意識して
 作成されるものではない。一方、
 MEDISが中心となつて整理して
 いる標準病名は、臨床現場で使
 用されている膨大な病名を電子カ
 ルテでの利用を前提として開発し
 ているものである。今回のDPC
 の分類開発では、MEDIS病名
 を基本としながら、各DPCに含
 まれるべき傷病をICDで整理し
 ている。

しかしながら、この三つの体系
 は必ずしも相互の関係性が整理さ
 れているわけではなく、各専門臨床
 家がそれぞれの立場からつける病
 名とMEDIS病名、そしてDPC
 分類で例示している病名とが、
 必ずしも一致せず、そのために一
 部でDPCに割り付ける際のIC
 D10の選択で混乱が生じている。
 このような混乱の原因は、我々研
 究班における整理の不足によるも
 のであり、日本医学会やMEDIS
 Sあるいは厚生労働省ICD室な
 ど、他の組織の責任に帰するも
 のではない。

この問題の解消は、研究班にと
 つて喫緊の課題であり、現在鋭意
 検討を行っている。例えば、研究
 班では収集したデータをもとに病

名の分析を行っており、その結果
 を関係者に提供することで、この
 問題の解決に努力したいと考えて
 いる。この点について関係者の
 方々のより一層のご理解とご協力
 をいただければと考えている。

【注】

(1) 本論文では特に断らない限
 り、「研究班」を「急性期試行診
 断群分類を活用した調査研究班」
 の意味で用いる。

【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) 石川B光一 (二〇〇三) 「D
 PCに対応した病院情報システ
 ム」 松田晋哉編著「二一世紀
 の医療と診断群分類、DPCの実
 践とその可能性」東京、じほう
- (3) 松田晋哉・他 (二〇〇三)
 「DPCとこれからの医療」第1
 回DPCとは何か、社会保険旬
 報・No.二二八九
- (4) 松田晋哉監修 (二〇〇一)
 「診断群分類ハンドブック二〇〇
 一年度版」東京、社会保険研究所

DPPCを用いた病院マネジメント

●産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授 松田晋哉

I
はじめに

中医協での審議を経て、これまでのDPPC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九二医療機関を対象に、平成十六年度から任意でDPPC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。参加にあたってはデータの質が確保されていること、データ/病床比が概ね三・五以上であることなどの条件が設定されており、実際には急性期病院として高い機能を持つ病院のみが参加すると予想される。

いずれにせよ、民間病院等にもDPPC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、関係者の関心が高まっている。しかしながらDPPCを支払い方式として一般化するためには、分類の精緻化や包括範囲の再検討、高額薬剤・医療材料の評価、さらにはコストアウトライヤーの取り扱いなど、検討すべき課題が山積している。このような状況でDPPCにおける診療報酬額の議論が加熱しすぎることは、DPPC導入の本来の目的をゆがめることになりかねない。DPPCに対する関心が高まっている今こそ、診断群分類開発の原点に帰り、DPPCを用いた病院マネジメントについて知見を積み上げるべきであると筆者は考えている。

医療政策の目的は、質の高い医療サービスの国民に提供する体制を整備することである。従って、医療制度改革についての議論の前提として、医療の質を評価するための情報が必要となる。ただし、医療について絶対的な評価は困難であることから相対的な評価がその中心となる。相対的な評価をするためには共通のベースが必要であり、それがDPPCである。DPPCという標準的な単位を用いることで施設間の比較が可能になったことが、DPPC導入の最も重要なポイントであり、後に述べるように、病院におけるマネジメントの改革につながるのである。キーワードは情報の標準化と透明化、そ

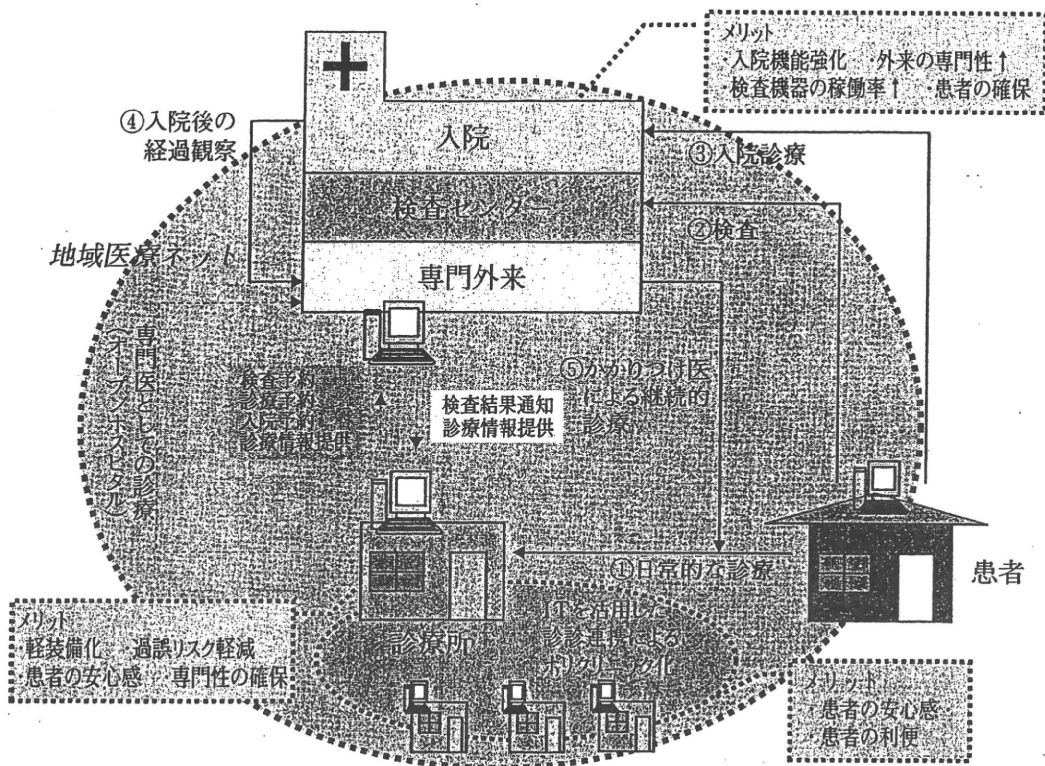
して説明責任である。

本論文では以上のような問題意識から、DPPCを用いた病院マネジメントについて説明してみたい。なお、本論文の内容はあくまで筆者の私見であり、厚生労働省や筆者の関連する研究班における公式見解ではなく、従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。

II
DPPCと今後予想される急性期病院の変化

社会の急速な高齢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、さらには昨今のわが国の経済状況を考えた

図表1 地域における病診連携・診診連携体制の確立



き、急性期病院は今後どのように変化していくのであろうか。まずこの点から考えてみたい。

社会の高齢化は、白内障や骨関節系疾患のような外科的処置を必要とする患者を増加させる。これらの疾患では比較的診療の定型化が容易であるために、その効率化が課題となるであろう。

また、対象者の消費者意識の向

上によりアウトカムや医療の質への関心も高まる。今後、DPCを単位として種々の情報に患者あるいは紹介元の医療機関がアクセスできるようにすることで、特定の医療機関への患者の集中が予想される。これらの施設では外来手術や短期入院手術なども積極的に行うことで、さらに多くの患者を診療することになる。症例の多い施設は医療職のトレーニングの場としても魅力的であることから、研修医などの応募も増加するであろう。その結果、そのような病院は人材確保の面でも優位な立場になる。さらに循環器疾患や悪性腫瘍に対する外科的処置も高度化するが、そのような手術についてもスタッフ・設備がそろっており、医療の質の評価に関する指標の高い施設に患者が集中するようになる。以上のような動向によって、急性期病院の外科センター化が加速するであろう。

さらに生活習慣病の増加により、その進行や合併症の予防のための専門的な検査のニーズも高まる。これらの患者は紹介により急性期病院を受診し、外来あるいは入院でPETやMRIのような高

額医療機器や高度な医療技術を用いた検査を受ける。資源の有効活用及び患者の自己負担額を抑制するためには、これらの高額医療機器についてはその稼働率をいかに向上させるかが課題となる。諸外国と比較してわが国は人口あたりの高額医療機器数が多く、しかもその稼働率が低い。例えばフランスの場合、MRI一台あたりの年間撮影件数は五〇〇〇件を超えている。わが国でこのレベルにある施設はどのくらいあるのだろうか。

したがって患者を医療の中心にすえて、医療の地域内完結という視点からいかに図表1のような施設連携を図っていくかが、患者の利便性のためにも、そして医療コストの適正化のためにも課題となる。現在、わが国では医療計画の見直しを検討されているが、仮に同計画を今後も維持するのであれば、上記のような視点から高額医療機器の共同利用を促進する具体的方策が明記されることが必要である。

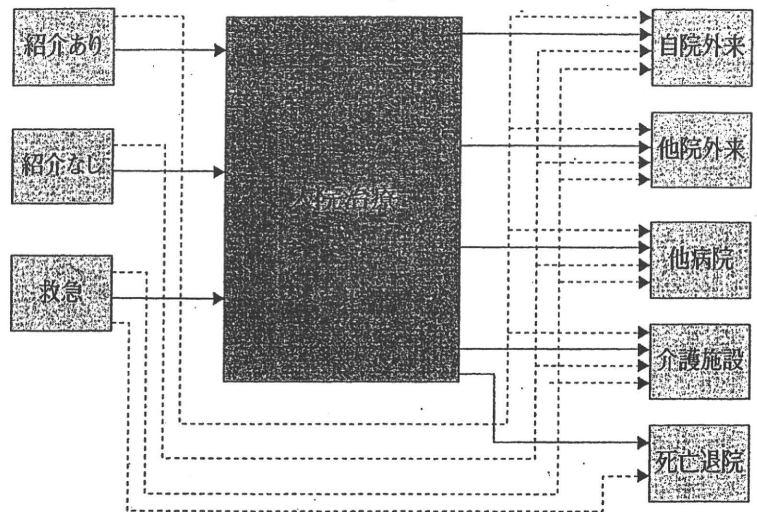
専門的な検査及び診療を必要とするがん患者についても、以上のような動向の中で急性期病院に集中し、そのがんセンター化も進む

であろう。また、急性期施設の重要な機能の一つである救命救急についてもその重点化が行われることで救命救急センター化も進行していくと予想される。以上のような急性期病院のセンター化は、入院単価及び外来単価の改善につながり、急性期病院の財政にも好影響を及ぼすと予想される。

さらに、ある地域における急性期医療を必要とする患者の数は限定されていることから、以上のような急性期病院のセンター化は医療施設の機能分化を加速すると予想される。すなわち、特定の病院で急性期病院化が進行する一方で、受け入れ患者の構成変化に伴って一部の病院は回復期リハビリテーションなどのいわゆる中期入院施設にその機能を転換していくと予想される。

ただし、このような機能分化は、例えば「急性期医療機関として生き残れないために、中期入院施設を選択した」というような消極的なものではなく、地域のニーズに応えるためという、より積極的な理由によって進行していくことが望ましい。DPCとの関連で言えば、次節で説明するように、DP

図表2 DPCレセプトを用いた患者フローの分析



この分析はDPCを用いなくてもできる。しかし、DPCを用いることでより具体的な行動に結びつく分析が可能になる。患者のフローを押さえることで、ニーズの変化や経営上の問題点把握が可能になる。

図表3 占有率の分析例

DPC上6桁	症例数	平均在院日数	医療圏内症例数	占有率
10060	141	24.1	250	56.4%
10010	62	22.1	150	41.3%
10230	46	15.1	100	46.0%
10080	40	25.0	110	36.4%
10040	35	21.6	50	70.0%
10160	27	29.0	40	67.5%
10090	17	29.1	35	48.6%
10110	13	32.3	22	59.1%
10150	11	26.0	40	27.5%
10111	10	31.6	15	66.7%
10220	9	27.1	25	36.0%
10130	8	30.2	15	53.3%

患者調査のデータを用いて地域ごとに基本DPCレベルの患者数の推計が可能 (伏見:2004による)

注:上記データはあくまで仮想データ

Cという標準的な情報に基づいて各施設の活動状況が透明化することで、地域のニーズとの対応関係の検討が可能になることが、結果的に各施設の機能分化を促進することになると予想される。

III 急性期病院に求められる条件

以上のような環境変化の中で、急性期病院に求められる条件とは

何であろうか。以下この点について私見を述べてみたい。

1 地域のニーズを知り適切に対応できる力

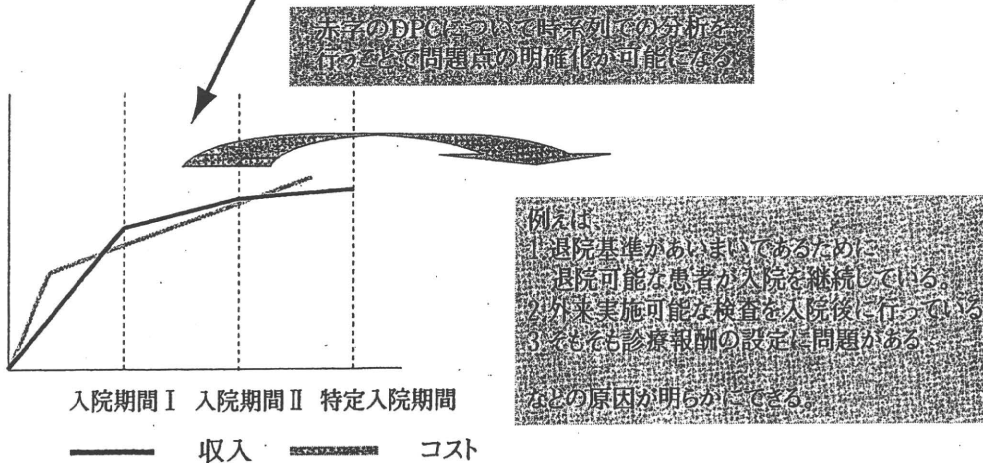
施設の適切な運営のためにはどのようなニーズが地域にあり、それが経時的にどのように変化しているのか、そしてそのような変化の中で自院の患者フローの状態はどうなっているのかを的確に知る必要がある。

例えば、DPCレセプトには入院経路と退院経路が記載されるが、DPCレセプトが本質的に電子レセプトであることを利用すれば、図表2に示したようなフローの分析が簡単にできる。そして、それを診療科別・MDC別・DPC上六桁(以下これを基本DPCと呼ぶ)、あるいは紹介患者の場合には紹介元施設別に分析することで、どのような患者が入院する確率が高いのかといった自院の特徴

図表4 DPCを用いた収支分析例

DPC上6桁	症例数	平均在院日数	1入院平均単価	1入院平均コスト	1症例あたり収支	合計収支
10060	141	24.1	970,596	875,987	94,609	13,339,869
10010	62	22.1	712,768	650,876	61,892	3,837,304
10230	46	15.1	513,796	500,123	13,673	628,958
10080	40	25.0	657,170	700,546	-43,376	-1,735,040
10040	35	21.6	998,709	1,000,239	-1,530	-53,550
10160	27	29.0	806,754	789,300	17,454	471,258
10090	17	29.7	955,064	1,000,234	-45,170	-767,890
10110	13	32.3	2,727,458	3,500,604	-773,146	-10,050,898
10150	11	26.0	878,549	800,786	77,763	855,393
10111	10	31.6	1,197,842	1,300,456	-102,614	-1,026,140
10220	9	27.1	877,245	867,222	10,023	90,207
10130	8	30.2	1,081,285	1,234,342	-153,057	-1,224,456

注：上記は仮想データ



と課題の検討が可能となる。
また、自施設が医療圏内の患者をどのくらい診ているのかをDPC単位で分析することで、その占有率の検討も可能になる。例えば伏見は、患者調査のデータを基本

DPCに割り付けることで医療圏別の患者数を推計するという非常に興味深い研究を行っているが、このようなデータを用いることで各施設は図表3に示すような地域内でのポジショニングを行うこと

が可能になる(文献1)。さらにその検討を時系列で行うことで、地域におけるニーズの変化とともに自施設の位置付けを検討することも可能になる。

2 経営分析の力

社会保険料や税金といった公的な資金を財源としているわが国の医療機関にとって、その活動の公益性は重要な存在基盤の一つである。したがって、行過ぎた営利的

経営はわが国の医療機関には本質的になじまない。しかしながら、医療機関がその公的責任を果たすためには(地域のニーズに応えているという前提のもとではあるが)持続し続けることが必要となる。

すなわち西田が主張する持続可能な経営の実践が必要であり(文献2)、医療技術が絶えず進歩し、また患者の要求水準が上昇しつづけることを考えれば、それを可能にするための適正収入を確保する能力が必要となる。そのためには自院の経営状況を戦略的な視点から適宜分析できる力が必要となる。

例えば、DPC研究で今中により開発された「原価計算マニユア

ル」(文献3)を用いて部門別、患者別、DPC別のコスト分析ができることなどが求められる。

具体的には、同マニユアルを使用すれば図表4に示したような分析が可能となる。この例では基本DPCごとに例数と一件あたり収支の分析が行われているが、このような検討を行うことでどのような患者で収支構造に問題があるのかという分析が可能になる。

そして、さらにこの図表に示したような収入曲線と支出曲線を用いた分析を行うことで、改善のための具体的な計画の作成が可能になる。

この例では平均在院日数を超えたところで赤字が発生しているが、例えば、これがいまいちな退院基準により退院可能な患者が漫然と入院しているために発生しているのであれば、退院基準を明確にすることで改善できる。さらにこのような改善は、入院時に患者に退院基準を説明するという行為につながるから、医療機関の説明責任を果たすことになると同時に、医療の質の向上にもつながる。

あるいは、このような赤字が入院初期の検査によるものであり、

図表5 AHRQの臨床指標の例

AHRQ(ポリウム)
食道摘出術の症例数
膵臓切除術の症例数
小児心臓手術の症例数
腹部大動脈瘤(AAA)の症例数
冠動脈バイパス手術(CABG)の症例数
経皮的冠動脈形成術(PTCA)の症例数
内頸動脈血栓摘除術(CEA)の症例数
入院患者に対する手術におけるパフォーマンス
食道摘出術の死亡率
膵臓切除術の死亡率
小児心臓手術の死亡率
腹部大動脈瘤(AAA)の死亡率
冠動脈バイパス手術(CABG)の死亡率
経皮的冠動脈形成術(PTCA)の死亡率
内頸動脈血栓摘除術(CEA)の死亡率
開頭術死亡率
大体骨頸部骨折手術後死亡率
入院患者の疾患別死亡率(インデックス)
急性心筋梗塞(AMI)死亡率
うっ血性心不全(CHF)死亡率
急性期脳卒中死亡率
消化管出血死亡率
大体骨頸部骨折死亡率
肺炎死亡率
利用パフォーマンス
帝王切開による分娩数
帝王切開後の経膈分娩(VBAC)
腹腔鏡視下胆嚢摘出術施行数
高齢者における偶発的虫垂切除率
両側心臓カテーテル率

※DPCレセプトをもとにこのようなCIが作成できる

3 質の高い医療を
提供する力
DPCを用いたマ

しかもそれが外来で行うことが望ましいものであるならば、それを外来に移すことで収支を改善することが可能となる。

さらに、標準的な診療を行って

種々の方法論を用いることで、各施設はこれまで以上に詳細な経営分析を行うことが可能になる。しかしながら、このような分析が単に利益率の増大のため用いられることがあつてはならない。例えば、DPCやMDCで赤字が発生していることから、地域のニーズがあるにも関わらず赤字部門の診療科を閉鎖したり、収益性に基づいて患者の選択を行うというようなことは、医療の公益性の観点から決してあつてはならないことであ

る。

また、自施設の赤字部門の診療科に行過ぎた経営改善のプレッシャーをかけることも望ましいことではないだろう。現行のDPCに基づく包括払いでは、前年度の収入を保証する目的で調整係数が設定されており、施設レベルでは赤字部門と黒字部門が相殺される仕組みとなつている。従つて、経営上層部には部分最適ではなく、全体最適を考える能力が求められる。すでに述べたように、特定の診療における赤字が全国レベルで発生しているのであれば、その診療報酬の設定の見直しが要求されるべきであり、そのようなFinance Based Negotiationの実践が可能になることが、DPCによつて情報が透明化されることのメリットであると考え

ネジメントではコスト管理の性格が強くながちであり、そのため常に粗診粗療の可能性に関する批判がある。従つて、各施設は自院の診療の質的な健全性を内外に示すためにも、医療の質のマネジメントについてもあわせて努力を傾注する必要がある。

具体的には、臨床指標Clinical Indicatorによる質の評価やPeer Review Organization等の外部監査の仕組みを導入することが、わが国においても検討される必要がある。図表5はAHRQの臨床指標の一部であるが、これらの指標の多くはDPCで収集される情報を用いて作成することが可能である。

しかしながら、わが国における臨床指標に関する検討は緒に付いたばかりであり、どのような体系とすべきかに関してはまだコンセンサスは得られていない。臨床指標についてはその臨床的妥当性が最も重要であり、従つて関連の各学会が主体となつてそのような指標の標準化に取り組むことが望まれる。また、外部監査の仕組みについても、臨床面への踏み込んだ検証作業が必要となることから、学会あるいは医師会などが中心と

なつてそのような仕組みを作ることに必要ではないだろうか。

ところで、現在、医療費適正化対策の一環として、後発医薬品・

医療材料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がある。医療が人命や療養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。すなわち医薬品や医療材料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。

日本は国レベルで考えれば、アメリカに次いで大きな医薬品及び医療材料の市場であるにもかかわらず、日本発の医薬品や医療材料に関する臨床経済学的研究は非常に少ない。その理由としては、日本の医学研究は生物医学的研究が主体であり、臨床研究の価値は低くみられがちなこと、医局制度の影響もあり全国レベルでの多施設研究が行いにくい風土があること等が考えられる。しかしながら、現在、DPC導入により関連学会における医薬品及び医療材料の費用効果性についての関心が高まっ

ており、全国レベルでの臨床経済的研究を推進していくための好機が来ていると筆者は考えている。

まとめ—DPCを用いたマネジメント発展への期待

日本の病院にはマネジメントの視点あるいは機能が欠けているといわれる(文献4)。しかしながら、厳しい経営環境が続く今日、医療機関におけるマネジメント能力の向上は不可欠となっている。筆者はマネジメントの本質は見通しを立てることにあると考えている。そして見通しを立てることができるためには情報が必要であり、またそれを適切に処理できる人材が必要となる。その意味で医事課などの事務部門及び医療情報部門の強化は急務である。

DPCという標準的な情報を使うことで各施設はベンチマーキングが可能になり、自施設の相対的な位置付けを知ることが可能になった。これにより各施設はそれぞれの長所や解決すべき課題を知ることができ、手がかりを得ることができ。また、地域の疾病構造が数年で大きく変わることは考えにくいことか

ら、DPCを用いて患者構成をその時系列的变化とともに分析することで、短期・中期の見通しを確率的に立てることが可能になる。

医療施設が公益性の高い組織である以上、その持続可能性を維持することは社会的責任であり、そのためには財政的に健全であることが求められる。しかも、地域の医療ニーズは時代とともに変わっていくものであることを考えれば、医療施設は絶えず組織変革を行っていきける柔軟な組織でなければならぬ。その意味でも、社会保険財政に余裕がない今日の状況において、データに裏づけされた見通しを持って経営を行う組織とそうでない組織とは、その経営の健全性に短期間で大きな差がつくことになる。

マネジメントを学ぶ最良の方法は実際に経営を行うことであるといわれるように、マネジメントは実務を通してこそ習得できるものであると考える。その意味で筆者が本論文でここまで説明してきたことは、あくまで現場経験の少ない研究者の理想論である。しかしながら、DPCのような標準的な情報ツールが病院マネジメントに

必要であり、かつ有効であることはこれまでの諸外国の経験からも明らかである。従って、今後は現場の関係者の方々がDPCを用いたマネジメントに興味を持ち、そしてその有効性を実務の中で検証し、わが国のシステムにあったマネジメントツールとしてさらに発展させることを期待したい。

【引用文献】

- (1) 伏見清秀(二〇〇四)平成十四年度・十五年度厚生労働科学研究「レコードリンクージュ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
- (2) 西田在賢(二〇〇一)「医療・福祉の経営学」薬事日報社
- (3) 今中雄一(二〇〇三)「医療の原価計算」社会保険研究所
- (4) 遠山峰輝、堤達朗、田中伸明(二〇〇三)「病院経営を科学する——問題解決型思考」が切り拓く病院経営の手法」日本医療企画

DPPCと医療の質

●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

DPPCを用いた包括支払い制度が、全国の特定機能病院等八二施設を対象に平成十五年四月から開始されている。そして中医協での審議を経て、十六年度からは、これまでのDPPC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、DPPCに基づく包括支払い方式が任意で試行的に適用されることとなった。民間病院等にもDPPC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DPPCに対する関係者の関心が非常に高まっている。

一方で、支払い方式としてのDPPC利用拡大の可能性が示されたことで、その望ましくない影響についても議論されている。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を指摘する意見がある。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に共通のものであるが、これまでの文献を見る限り、アメリカや他の先進諸国では明らかに質の低下は起こっていない(文献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。

わが国の例では、循環器疾患及び消化器疾患について十四年度と十五年度のDPPC関連データを橋本英樹氏が分析しているが、その結果によると、医薬品や検査に関して、確かに資源投入量の若干の低下は見られるものの、大きな変化は観察されていない(文献2)。この理由としては、現在のところ各施設への支払いには医療機関関係が適用され、包括部分でより多くのコストがかかっているのだから、それは部分的に調整係数で吸収されていることが考えられる。すなわち、個別のケースでは医療行為のコストと支払額の乖離が生ずるが、全体で見ればその差額が補正されているのである。

もちろん、これらのデータは特定機能病院というある意味で特殊な医療機関のデータであり、今後DPPCが民間病院に一般化した場合には、現時点では予想できない。また、理論的には過少診療が起る可能性を否定できないことから、それを防止するために同僚審査機関(Peer Review Organization)の設置やDPPCに対応した病院の監査システムの構築が検討される必要がある。

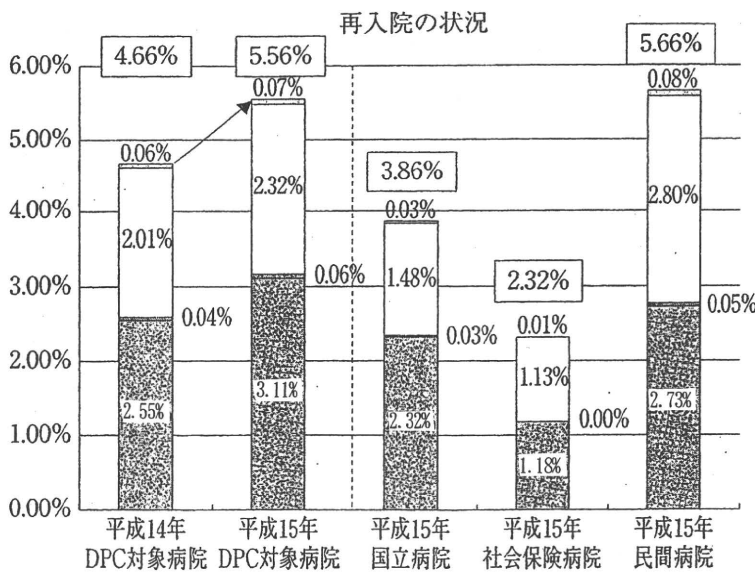
実際、中医協でも、DPPC導入にあたり、図表1に示したような事項について慎重に検討すべきことが提言されている。また、例えば特定機能病院ではDPPC導入

図表1 DPCの評価の視点

<p>【診断群分類の妥当性を評価するための調査項目】</p> <p>— 診断群分類の該当率、構成割合、アウトライヤーの状況、包括範囲点数及び在院日数のばらつき、DPC変更率・変更理由</p> <p>【診療内容の変化等々を評価するための調査項目】</p> <p>— 平均在院日数、病床利用率、入院・外来比率、入院経路・退院先、退院時転帰、退院後転帰、再入院率、薬剤・医療材料の使用状況、検査・画像診断等の実施状況、医療の達成度・患者満足度、アウトカム評価・臨床指標、看護の必要度</p> <p>【医療機関の機能の変化を評価するための調査項目】</p> <p>— 高度医療の提供実績、教育研修機能、地域医療との連携状況、医療の質に関する取り組み、医療の提供体制</p> <p>※ 下線は、早急に評価が求められる主要項目</p>

出典：診療報酬調査専門組織DPC評価分科会中間報告（図表2も）

図表2 DPC対象組織における再入院率の状況



後、図表2に示したように再入院率が若干増加していることが報告されており、その内容について今後詳細に検討する必要がある。

いずれにしても、DPCによる包括評価が医療の質に望ましくない結果をもたらさないようにする仕組みが必要であり、それには医療の質そのものを評価する方法論

が必要になる。近年、諸外国においても、医療における消費者主権的な意識の高まりにより、医療の質への関心が高まっており、それに具体的に応えるものとして臨床（評価）指標（Clinical Indicator）の開発と利用が進んでいる。

本稿では、DPCとこの臨床指標との関係について論考を行う。

Ⅱ 臨床指標とは何か

一般に医療の質は構造（ストラクチャー）、過程（プロセス）、結果（アウトカム）の三つの側面から評価される。最初の二つの項目については、例えば日本医療機能評価機構やISO9000シリーズ

ズなどによる評価がわが国でも行われている。

まず医療の「構造」は、医療サービスの供給体制を評価するもので、設備の状況、医師や看護師の配置状況などが評価の対象となる。また医療の「過程」の評価は、どのようなプロセスでサービスが提供されているかというサービス体制を見るものである。これら二つの視点は医療供給体制を評価するもので、当該施設の医療水準を直接評価するものではない。

直接的に評価するには、医療または診療の「結果」、具体的には治療成績、患者の予後、合併症の発生率、死亡率、患者満足度などを客観的に測定することが必要となる。臨床指標とは構造や過程のみならず、医療の結果についても評価指標を設定し、その指標により、その病院で行われる医療の質を評価しようとするものである。

臨床指標について長谷川友紀氏は、「医療の質を改善するために、実態を把握するための指標を設けてデータを集め、経時的にモニタリングをして評価し、質の改善に結びつける考え方」とした上で、その効用として「医療の透明性と

説明責任の確保」、「医療の質改善へのインセンティブの向上」、「インフォームドコンセントへの利用」の三つをあげている(文献3)。

このような臨床指標の開発は、国民の医療の質への関心の高まりに応えるために、一九九〇年代に入ってから多くの国で行われてきている。例えばアメリカではJCAHOのIMSシステム(Indicator Measurement System、現在はOryx)や、HEDIS(Health Plan and Employer Data Information Set)が採用している。AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)の臨床指標、あるいはメリーランド州病院協会が作成した臨床指標などある(文献3)。

図表3は、IMSシステムの臨床指標を示したものである。このようなデータの一部は国民に公開され、医療機関や医療保険の選択(アメリカの民間医療保険では受診できる医療機関が指定されている場合があるため)に活用されている。一方、メリーランド州病院協会の臨床指標は一般には公開されず、会員病院における医療の質向上を目的としたベンチマーキングに活用されている。オーストラ

リアでもAustralian Council on Health Standardsの指標が開発されており(文献4)、ベンチマーキング事業や予算配分の決定などに活用されている。

以上のような国外の動向を受けて、わが国でも近年、種々の試みが行われている。例えば、東京都病院協会は、胃の悪性新生物、脳梗塞などを含む二四の疾患について、「平均在院日数」「院内感染症発生率」「死亡率」「医療費」と、全入院患者の「抑制率」「転倒・転落率」「予定しない再入院率」の七つの臨床指標を収集・分析している(文献5)。また、国立病院では二〇〇三年四月から臨床指標に関するデータの収集と分析が行われている。さらに日本救急医療学会や日本胸部外科学会等の臨床学会も、臨床指標を用いた評価プログラムの開発に取り組んでいる。

III DPCと臨床評価指標

医療政策の目的は、質の高い医療サービスを国民に提供する体制を整備することである。従って、医療制度改革の議論の前提とし

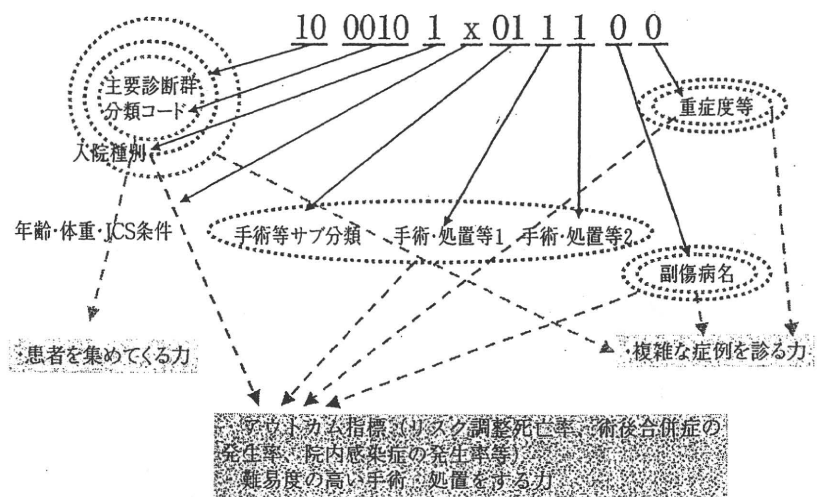
て、医療の質を評価するための情報が必要となる。ただし、医療について絶対的な評価は困難であることから、相対的な評価がその中心となる。

相対的な評価をするためには共通のベースが必要であり、それがDPCである。DPCという標準的な単位を用いることで施設間の比較が可能になったことが、DPC導入の最も重要なポイントであり、これが今後の病院マネジメントの革新につながっていくことはすでに別稿で述べた(文献6)。

また、DPCを資源投入量の標準的な単位とみれば、それが包括支払いの単位となる。さらに、DPCが傷病と行われた医療行為の組み合わせで構成される分類であることを考えれば、これを単位として臨床指標を設定し、当該施設の医療の質を評価することも可能である。

図表4は、このような医療の質の評価という視点からDPCの構

図表4 診断群分類の各コードと評価指標



造を見たものである。DPC一四桁コードの上六桁(基本DPC)は病名に対応しており、これをもとに患者の集積性に関する指標の作成が可能である。また、伏見氏が検証した患者調査から基本DPCを作成する方法論を用いれば、都道府県及び医療圏単位で基本DPCレベルでの患者数の推計が可

図表3 JCAHOのIMSSystemにおけるクリニカルインディケーター (CI)

領域	No.	分母	分子または絶対数
術後CI	1	麻酔を含む特定の手術を受けたすべての患者数 (A1)	A1のうち2日以内に中枢神経系の合併症を併発した患者数
	2		A1のうち2日以内に末梢神経系の異状を呈した患者数
	3		A1のうち2日以内に急性心筋梗塞を起こした患者数
	4		A1のうち2日以内に急性心停止を起こした患者数
	5		A1のうち2日以内に病院内で死亡した患者数
産科的CI	6	すべての分娩数	帝王切開による分娩数
	7	以前帝王切開を行った患者数	帝王切開後に子宮から出産した患者数
	8	すべての出産数	2500g未満の出生体重の新生児数
	9	2500g以上体重でのすべての出産数 (A2)	A2のうち、5分間アプガースコアが4点未満であるか、1日以内に1日以上新生児ICUへの入院が必要であるか、臨床的に母親の子癩が有るか、重度の出生時外傷が有る新生児数
10	1000g以上2500g未満の体重のすべての出生数 (A3)	A3のうち5分間のアプガースコアが4点未満である新生児数	
心血管系CI	11	なし (割合ではなく絶対数)	CABGの最初の手術から退院までの日数
	12	なし (割合ではなく絶対数)	主診断が急性心筋梗塞で救急部門から送られた患者の救急部門到着時から血栓溶解療法開始までの時間
	13	退院時主診断がうっ血性心不全の患者数 (A4)	A4のうち病院が記載されていた患者数
	14	なし (割合ではなく絶対数)	経皮的冠動脈形成術 (PTCA) を行った患者の、手術から退院までの日数
	15a	一つの血管に対する大動脈冠動脈バイパス術 (isolated CABG) を行った患者数 (A5)	A5のうち院内で死亡した患者数
	15b	経皮的冠動脈形成術 (PTCA) を行った患者数 (A6)	A6のうち院内で死亡した患者数
15c	退院時主診断が急性心筋梗塞である患者 (A7)	A7のうち院内で死亡した患者数	
腫瘍学的CI	16	原発性の肺ガン、大腸/直腸癌、乳癌で切除術を行った患者数 (A8)	A8のうち診療録の中で外科的病理学診断レポートが作成されている数
	17	ステージII以上の原発性乳癌で主要な生検が切除術を行った患者数 (A9)	A9のうち管理する立場の医師によって腫瘍のステージが認定された数
	18	原発性の非小細胞癌で開胸術を行った患者数 (A10)	A9のうち、診療録にエストロゲンレセプター分析の結果が記載されている患者数
	19	原発性の非小細胞癌で開胸術を行った患者数 (A10)	A10のうち、完全に腫瘍が外科的切除術を行った数
	20	原発性の大腸/直腸癌で切除術を行った患者数 (A11)	A11のうち、管理する立場の医師によって、全大腸検査を含む術前評価が行われた患者数
外傷のCI	21a	すべての外傷患者	救急部門への到着時及び、到着までの3時間は少なくとも1時間毎に、収縮期血圧、脈拍数、呼吸数が記載されている患者数
	21b	特定の頭蓋内損傷を有する外傷患者数 (A12)	A12のうち、救急部門への到着時及び、到着までの3時間は少なくとも1時間毎に、グラスゴースケール値が記載されている患者数
	22	救急部門における特定の頭蓋内損傷で昏睡状態の患者数 (A13)	気管内挿管法または輪状甲状膜切開術の前に救急部門を退院したAの患者数
	23	なし (割合ではなく絶対数)	頭部CTスキャンの患者において、救急部門到着から最初のCTスキャンまでの時間
	24a		特定の神経外科的手術を行った患者において、救急部門到着から手術までの時間
	24b		特定腹部の外科的手術を行った患者において、救急部門到着から手術までの時間
	25a	気胸または血胸と診断された外傷患者で病院内の死亡数 (A14)	A14のうち、胸部フィステル形成または開胸術を行っていない患者数
25b	収縮期血圧が70mmHg未満で救急部門到着2時間以内の外傷患者で病院内での死亡数 (A15)	A15のうち、開腹術または開胸術を行わなかった患者数	
薬物の使用に関するCI	26	65歳以上の入院患者 (A16)	A16のうちクレアチン・クリアランスが推定されているか測定されている患者数
	27	なし (割合ではなく絶対数)	抗生物質の予防的静脈投与を受けている場合の選択的外科的手術; 抗生物質の予防的静脈投与のタイミング
	28	退院時診断がインシュリン依存性の糖尿病の入院患者 (A17)	A17のうち、退院前に自己血糖測定とインスリン管理を行った患者または、糖尿病管理の退院時フォロー部門に紹介された患者数
	29a	ジゴキシンを受けた入院患者 (A18)	A18のうち、対応した薬物レベルの測定をされなかった患者もしくは、特定の限度を超えた患者
	29b	テオフィリンを受けた入院患者 (A19)	A19のうち、対応した薬物レベルの測定をされなかった患者もしくは、特定の限度を超えた患者
	29c	フェニトインを受けた入院患者 (A20)	A20のうち、対応した薬物レベルの測定をされなかった患者もしくは、特定の限度を超えた患者
29d	リチウムを受けた入院患者 (A21)	A21のうち、対応した薬物レベルの測定をされなかった患者もしくは、特定の限度を超えた患者	
30	なし (割合ではなく絶対数)	退院時の処方箋数	
感染症管理のCI	31	選定された外科的手術を受けた入院及び外来患者 (A22)	外科手術部位の感染によって合併症を併発した患者
	32	なし (割合ではなく絶対数)	ICUにおける人工呼吸器に関連する肺炎のサーベイランス及び予防 (ICUを有する病院)
	33	入院患者における人工呼吸の使用日	ICUにおける人工呼吸器に関連する肺炎のサーベイランス及び予防 (ICUを有しない病院)
	34	入院患者central or umbilical line days	入院患者でcentral or umbilical lineを使用している者のうち、primaryな血流感染を起こした患者数

能であり、これをベースとして各施設の患者占有率に関する指標を作成することができる(文献7)。このようなデータは医療計画における施設の適正配置などを議論するうえで、有用な指標になると思われる。

また、手術・処置のデータを用いて、当該施設でどのような医療行為が何件行われているか、さらにはそれをDPCレセプトに記載されている転帰情報と組み合わせることで、IMシステムに示されているようなDPCごとの転帰(死亡退院率など)に関する臨床指標が作成できる。

手術件数に関して言えば、外保連試案における手術の難易度分類(注)を用いて、当該施設における技術水準(難しい手術・処置を行う力)を指標化することも可能である。さらには副傷病に関する情報を用いて当該施設がどれだけ入院時併存症を持った患者(すなわちより複雑性の高い患者)の治療を行っているのか、入院後に好ましくない続発症がどれだけ起こっているのか(術後合併症や院内感染など)に関する指標を作成することもできる。さらに、DPC

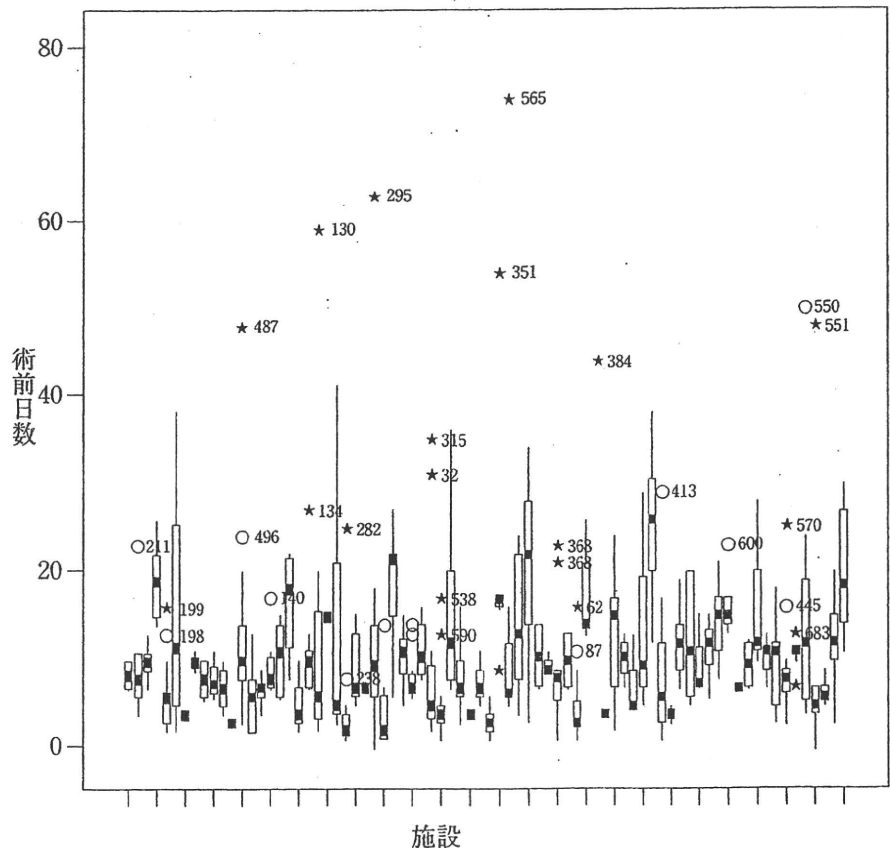
Cレセプトを用いれば、入院後手術を受けるまでの日数や手術後退院するまでの日数などの指標を作ることにも可能である。

図表5は、「胃の悪性腫瘍胃切除術・胃悪性腫瘍手術 処置等1なし 処置等2なし 副傷病なし」C[0600203x02000x]について、特定機能病院別の手術前日数を示したものである。施設によって大きな差があることがわかる。

以上のように、DPCは臨床指標との関連づけを視野に入れて開発が行われており、今後、この枠組みを用いて臨床指標の作成とその活用が行われていくことが期待される。

この際、病院情報システムの基本構造の標準化にも留意する必要がある。臨床指標作成のためには、多くの情報を入力しなければならぬが、これが日常の臨床活動及びその支援業務(医療事務など)と別の業務体系になっていると、現場の作業負担が非常に大きくなってしまい、患

図表5 「DPC[0600203x02000x]胃の悪性腫瘍 胃切除術・胃悪性腫瘍手術 処置等1なし 処置等2なし 副傷病なし」の施設別術前日数の分布



※全体での平均は9.6日、標準偏差は8.6日データは平成14年度分

者の診療という本来業務や経営に悪影響を及ぼす可能性がある。したがって、使用する臨床指標については、その意味と利用目的・活用方法などを、臨床専門家がマネジメント担当者と十分に議論し、マネージ可能な数に限定

して実用化していくことが必要であろう。そのために、国レベルでの標準的な臨床指標のセットを決める必要があると思われる。そして、その上で現行のDPC対応病院情報システムに臨床指標作成に必要な情報を取り込んでい