

床数とか、そういう基準はないということです。DPCになりまして各診断群ごとに平均在院日数が出たということは、病院全体で平均在院日数が17日ということはもうあまり意味がないということです。

例えばある病院が白内障みたいなものをたくさん手術していれば、当然平均在院日数は短くなります。ある病院が、例えば非常に合併症の多い悪性腫瘍の患者さんを治療していれば、当然在院日数は長くなります。そ

れが長いとか長いとかということ、そのDPCの平均在院日数が全国レベルでどのくらいかということとの比較になりますので、病院全体としての平均在院日数が長いとか短いということはあまり意味がなくなります。

要するに、診断群分類の構成を考えたときにその病院が適切な、全国平均と比較してどのくらいの在院日数かということが問題になるわけです。そういう意味で、これからその医療の中身というものが少し変わってくるのかなと思います。

それからもう病床数もあまり意味がないだろうと思います。例えば100床くらいの病院でも、ある特定の、内分泌なら内分泌系の疾患に特化している病院の場合には、それに関してはたぶん非常に高い水準を維持するわけです。そういう意味で急性期であるかどうかということは、病床数とか全体的な平均在院日数というものにはあまり関係しなくなってくるだろうと考えています。

こういうかたちで入ってくるわけですが、民間病院に関しては、これから2年間の扱いはあくまで試行です。支払いは行われますが、試行です。なぜ試行かということ、本当にこれが一般化できるのかどうかということを検証しなければいけないからです。

そこで問題になるのは、やはりDPCはどうしてもコストの意識が高くなりますので、資源の投入

急性期医療にかかわる診断群分類別 包括評価の試行適用について（2）

比較評価事項

- 再入院率など「DPC導入の影響評価に関する調査」（中間報告）にある評価項目について調査・評価を行う。

比較データの取り扱い

- 比較データを1年ごとに中医協基本問題小委員会に報告する。

試行期間

- 平成16年4月から平成18年3月まで

その他

- 各医療機関におけるDPC比較調査研究担当責任者の配置およびDPC調査専門組織分科会の体制強化等について、引き続き検討する。

スライド11

量が少なくなるのではないかな。そうすると過少診療が起こるのではないかな。あるいは、再入院率が高くなるような、非常に望ましくないことが起こるのではないかな。そういうことが起こらないように、データを分析していかなければいけないわけです。

例えば、再入院率というものがこのDPCの調査専門組織、分科会のなかで検討されていくことになっております。ですから今回、民間病院が入ってくるわけですが、これはあくまで試行の段階であって、2年間その中身を見ていこうということになったわけです。すぐ一般化というわけではありません（スライド11）。

4. 包括評価制度について

次は包括評価制度についてですが、包括評価の対象患者というのは、あくまで一般病棟の入院患者で、かつ包括評価の対象となった診断群分類に該当したものです。一般の入院の場合には24時間以内に死亡した患者、それから新生児の場合には生後7日以内に死亡。こういう患者さんは資源の投入量のばらつきが非常に大きいので、そもそも包括になじまないということで、除かれます。あと治験とかこういうものが除かれております（スライド12）。

包括評価による診療報酬の額ですが、包括評価

包括評価の対象患者

- 一般病棟の入院患者
- 包括評価の対象となった「診断群分類」に該当した者
- ただし、以下の者を除く
 - 入院後24時間以内に死亡した患者、生後7日以内の新生児の死亡
 - 治験の対象患者
 - 臓器移植患者の一部
 - 皮膚移植術、生体部分肝移植、同種腎移植術、同種骨髓移植、同種末梢血幹細胞移植
 - 高度先進医療の対象患者
 - 平成16年改定で新たに保険適用となった技術を受けた者
 - 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
 - その他厚生労働大臣が定める者（※）
※現時点では定められていない。

スライド12

診療報酬の算定方法について（1）

• 包括評価制度における診療報酬の額

診療報酬 = 包括評価部分 + 出来高部分

- 包括評価部分

- ✓「診断群分類」ごとの1日当たりの包括評価
- ✓医療機関別係数による評価・調整

包括範囲点数 = 診断群分類ごとの1日当たり点数 × 医療機関別係数 × 在院日数

- 出来高部分

- ✓「医科点数表」に基づいた評価

スライド13

診療報酬の算定方法について（2）

診療報酬 = 包括評価部分 + 出来高部分

• 包括評価の範囲

- ホスピタルフィー的要素

- ✓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 等

• 出来高評価の範囲

- ドクターフィー的要素

- ✓手術料、麻酔料、1000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 等

- 手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料

と出来高部分に分かれています。次はドクターフィーとホスピタルフィーを分けたという話です。包括評価部分に関しては、アメリカのような1件当たり包括ではなくて日本の場合はあくまで1日当たり包括評価になります。

ですから、慶應の田中滋先生がよく講演などでお話しされていますが、日本の診断群分類というのはいわゆるPPSではない。むしろかたちとしては出来高（fee for service）に近いと。ということと言いますと、1,720の診断群分類ごとに入院基本料を決めたという話です。

包括評価部分には医療機関別係数による評価調整が入ります。包括評価範囲の点数というのは、診断群分類ごとの1日当たり点数×医療機関別係数×在院日数というかたちで計算されます。出来高部分は、従来どおり医科点数表に基づいた評価になります（スライド13）。

包括評価の範囲ですが、スライド14にありますように入院基本料、検査、画像診断。ただし、選択的動脈造影カテーテル手技は出来高になっています。それから投薬、注射、1,000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・材料料等。これが包括評価の範囲です。

一方、出来高の範囲の方は、ドクターフィー的要素ということで、手術料、麻酔料とか高額の処置などが入っています。それから手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料。ですから、例えば人工股関節とか人工膝関節とか、そういうものはすべて出来高になります。国立病院等10施設でやった包括の試行では、特定保険医療材料はすべて包括されていたんですが、DPCの方では出来高になります。

薬に関していえば、術中・術後の抗生物質、あるいは鎮痛剤がありますが、それがオペ室で

スライド14

1日当たり点数ですが、長ければ長いほどいいのかというご批判もありましたし、いろいろなことがありまして、一応逓減制が敷かれています。基本的には、それぞれのDPCごとに入院期間Ⅰ、入院期間Ⅱ、特定入院期間というのを設けまして、1日当たりの評価が下がっていくという、こういう逓減制になっています(スライド15、16、17)。

入院期間Ⅰ日というのがあり
ます。これは何かといいますと、
25パーセンタイル値といわれて
いるもので、ある診断群分類に
100人患者さんがいたときに、
在院日数が短い方から数えて25
番目の人が何日入院していたの
かというのが、この入院期間Ⅰ
になります。

診療報酬の算定方法について（３）

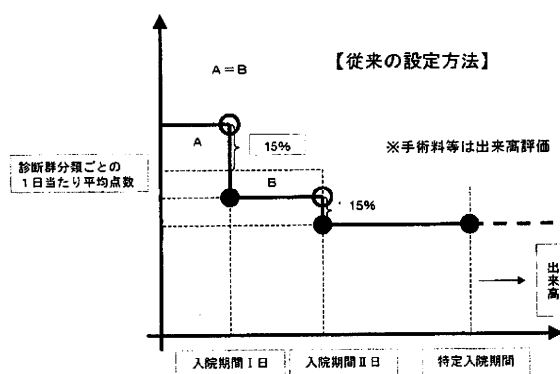
$$(\text{包括範囲点数}) = \text{診断群分類ごとの1日当たり点数} \times \text{医療機関別係数} \times \text{在院日数}$$

・診断群分類ごとの1日当たり点数

- 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、診断群分類ごとの1日当たりの包括点数は、在院日数に応じて通減。
 - ✓ 診断群分類ごとに3段階の点数を設定。
 - 入院日数の25パーセンタイル値までは平均点数に15%加算。
 - 25パーセンタイル値から平均在院日数までの点数は、平均在院日数まで入院した場合の1日当たり点数の平均点数が、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。
 - 平均在院日数を越えた日から前日の点数の85%で算定。
 - ✓ 悪性腫瘍に対する化学療法などの短期入院のある分類については、25パーセンタイル値までの15%加算を5パーセンタイル値までに繰り上げて設定。
- 入院期間が著しく長い場合（診断群分類ごとにみて平均在院日数から標準偏差の2倍以上入院した場合）には、在院日数から標準偏差の2倍を超えて入院した日から出来高により算定。

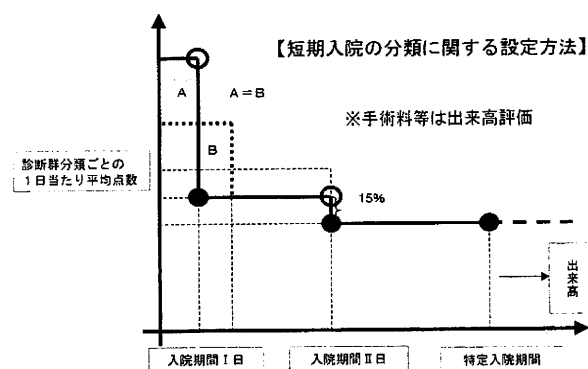
スライド15

在院日数に応じた評価のイメージ（１）



スライド16

在院日数に応じた評価のイメージ（２）



スライド17

のAという面積ができるんですけれども、次にこのAという面積とBという面積が等しくなるように入院期間ⅠからⅡまでの点数が決まります。入院期間Ⅱは、平均在院日数を過ぎると今度は15%減額でいくというかたちになっています。

特定入院期間というのがあるんですが、これは、平均在院日数×標準偏差というところですけども、ここを超すと出来高になるということです。実は、特定入院期間超えて出来高に戻すというのはどうもあまりよくないという話が出始めています。

事務的に非常に煩雑ですし、このところを出来高にしても包括にしてもあまり財政的な影響、経営面での影響がないというデータが、特定機能

病院の方から出てきていまして、このところは事務的な簡便さを考えると包括にしまった方がいいのではないか、という議論が出始めています。私もその方が事務的には楽だろうと思いますので、次回はぜひそうしていただきたいと考えています。

ただ、こういうやり方でやりますと、実は入院の初期に非常に多額の投資というかコストをかけてしまう疾患、例えばがんの短期化学療法みたいなものが赤字になってしまいます。ということで、脳腫瘍とか悪性腫瘍の化学療法に関しては今年度、この初期加算をもっと重くしました（スライド18）。

どういうふうにしたかという、入院期間Ⅰ日というものを今度25パーセントイル値から5パーセントイル値のところまでもってきて、そこまでをさらに上乘せをするというかたちにしました。これによって短期化学療法の赤字幅を少なくしてあげようというかたちです。

これは一応データに基づいてやっています。どういうことかという、短期化学療法を扱った例をすべて集めて、どういう分布になっているかを調べ、今の特定機能病院の例でいえば、大体こうすればまともというかたちでやっております。

ただ、対応できないものがあります。例えばガンマグロブリンの大量療法とかAntitrombinⅢとか、そういうものに関しましては一応分類で分けるというかたちでいっています。

診療報酬の算定方法（スライド19）ですが、これにあと医療機関別係数というものがかかります。これはたぶん、これからいちばん議論になるところだろうと思うんですが、本質的にはこの医療機関別係数というのは機能評価係数でなければならないと考えています。

その病院がどのような機能を持っているのか。高い機能を持

初期の入院をより高く評価した疾患

- ・脳腫瘍
- ・肺の悪性腫瘍
- ・食道の悪性腫瘍（頸部を含む）
- ・胃の悪性腫瘍
- ・肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む）
- ・骨軟部の悪性腫瘍（黒色腫を除く）
- ・乳房の悪性腫瘍
- ・前立腺の悪性腫瘍
- ・卵巣・子宮付属器の悪性腫瘍
- ・急性白血病
- ・非ホジキンリンパ腫

スライド18

診療報酬の算定方法について（4）

（包括範囲点数 = 診断群分類ごとの1日当たり点数×医療機関別係数×在院日数）

・医療機関別係数＝機能評価係数＋調整係数

－ 機能評価係数

- ✓ 医療機関の機能の評価するための係数
- ✓ 入院基本料等加算を係数にしたもの
 - 入院時医学管理加算 0.0115
 - 紹介外来加算 0.0286
 - 臨床研修病院入院診療加算 0.0006 等

－ 調整係数

- ✓ 医療機関の前年度実績を担保するための調整係数
- ✓ 診断群分類による包括評価にかかわる医療費が平成15年7月～10月の医療費の実績に等しくなるように、各医療機関ごとに設定

スライド19

っているのであればそれだけコストがかかるわけですから、それを点数的にも評価していこうというのがこの機能評価係数の基本的な考え方です。

ところが、残念ながら今までの日本では、これは私たち、こういう分野の研究者の責任だろうとは思いますが、病院の機能を評価するための評価指標というものをあまりつくってこなかった。少なくとも病院の先生方全員が納得していただけるような、そういう係数はつくってこなかったということがあります。

実際、つくろうとしたんですが、もう百家争鳴といえますいろいろな意見が出てきて、まとめきれなかったということです。しかたないのでいちばん最初のところは、厚生労働省内部で考えられたものですが、現行の点数表のなかで医療機関の機能を評価するような加算というものを係数化するというだけで、平成15年度は対処しています。

ただ将来的には、これからクリニカルインディケータとかいろいろな係数、プロセス評価、アウトカム評価に関するものが出てきますので、そういうものをこれから係数化していく。将来的にはこの調整係数というのはなくしていかなければいけないのかなと思っています。

では、この調整係数とは何かといえますと、基本的にはその病院の前年度の実績を保証するための係数です。少し正確ではないんですが簡単にいうと、ある病院が昨年度12億円の収入があった。ところが、その患者さんを今年の点数で評価すると10億円にしかならない。すると、黙っていても2億円損してしまうわけです。この12億を10で割った1.2というのが、医療機関別係数になります。

この1.2からその病院がもっている機能評価係数を引いてやります。そうしますと調整係数というのが残ります。要するに、

去年と同じ医療行為を同じ患者さんに行っている限りにおいて同じ収入が得られる、というのがこの調整係数というかたちになります。いわゆるこれは前年度保証という考え方です。

要するに制度の移行経過措置ですね。将来的にはこういうものはなくなっていかなければいけないんだろうと思いますが、とりあえず同じような考え方で今年度民間病院もつけられています。

包括評価の算定イメージ（スライド20）ですが、胃がんの場合、例えば30日間入院した。診断群分類では胃の悪性腫瘍、開腹胃全摘術（処置等、副傷病なし）だった。そうしますと、点数表を見ますと14日までは2,896点、15～28日が2,167点。それから29日以上が1,842点になっていますので、これにこの入院医療機関別係数というものを使って、例えば14日までは $2,896 \times 1.0537 \times 14$ 。次の14日、次の最後の2日、というかたちで計算していきますと、78,570点。これがこの病院のこの患者さんの包括評価部分になるわけです。

それに加えて、出来高評価部分として胃全摘術とかいろいろな抗生物質や何々を使ったということ、麻酔とかいろいろやったとなりますと、それが例えば76,169点であったとすると、この2つを足した154,739点というのがこの患者さんに対する支払額になるわけです。

包括評価の算定イメージ

胃がんの場合（30日間入院）： 154,739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日当たり点数	14日まで	2,896点	
	14日～28日	2,167点	
	29日以上	1,842点	
・ 入院医療機関： A大学病院			
* 医療機関別係数： 1.0537	調整係数：	1.0245	
	紹介外来加算：	0.0286	
	診療録管理体制加算：	0.0006	

算定内訳

- 包括評価 = $(2,896点 \times 1.0537 \times 14日 + 2,167点 \times 1.0537 \times 14日 + 1,842点 \times 1.0537 \times 2日) = 78,570点$
- 出来高評価 = 76,169点（胃全摘術等）

スライド20

消化器外科などの場合には50・50、大体包括部分が40%から50%で、出来高部分が60%くらいです。胸部外科のように非常に出来高部分がふくらむものは、大体80%から90%が出来高になります。ですから、アメリカのようなDRG／PPSではなくてどちらかという出来高に近いような、そういうものになっています。

5. DPCと病院の情報化

こういうかたちで包括化が始まったわけですが、このDPCに対応するためにはやはり病院の情報化というものがどうしても必要になってきます。なぜかという、点数表を見ていただいても分かるように、DPCというのはあくまでICD10というコードとそれから手術・処置に関する医科点数表のコード、この2つを使いながら分類をつくっていくことになりますので、それを手で作るということは非常に大変です。やはりどうしても情報化というものが必要になってきます。

ICD10は分かるとして、ここでなぜ医科点数表のKコードを使ったのかという話ですが、確かに9CMを使えというような話もありました。でもなぜやらなかったのか。それはできないからです。なぜできないかというと、9CMのコーディングができるようなスタッフというのが全国の病院にどのくらいいるのか。これは非常にお寒い限りです。

もう1つは、出来高払いをコンピュータで、いわゆる現行の医科点数表に基づいてやらないといけないわけです。そうしますとやはりその2つを混ぜることはあまり好ましくない。それともう1つは、コンピュータでやるということがいちばん大事なんです、9CMについて定義表をつくるという作業は、Kコードなどとの対応表をつくらないといけませんので、とても大変です。

ところが、皆さんの病院にはすでにレセコンがあるわけです。このレセコンの中には点数表が入っています。そうしますと、そのレセコンの中にすでに辞書として入っている点数表を使いながら分類をつくっていくというやり方が日本ではいち

ばん実際のだろうということで、そういうやり方になったわけです。

実は、他の国もすべてそうです。オランダ、イギリス、ドイツもそうですし、それぞれの国の処置コードというのがあるんですね。あえてICD 9 CMなんかにもっていかないで、それぞれの処置コードをそのまま使っているようです。

それはともかくとして、こういうことができるためには病院の情報化が必要になるということで、どういうことを考えていったのかということ、基本的にはDPCに対応するためにいちばん大事な仕組みは、オーダリングシステムになります。

私たちは、DPCはあくまでマネジメントに使うシステムということで開発してきていますので、いちばん大事なところはこのオーダリング系とちゃんとリンクしているということです。これが物流系システムにつながって、レセコンにつながっている。

なぜこういう仕組みが望ましいのかというと、DPCに対応して原価計算をやっていききたい、コスト管理をやっていききたいという、そういう目論見があるからです。こちらが基本になりまして、先ほどの大江先生につくっていただいたような、割りつけるソフトですね。あれはどのようなかたちになっているかというと、基本的にはその電子カルテの仕組みの方のディスチャージサマリーをつくる仕組みの方に入れていただくかたちにしています。

なぜそういうふうになっているのかというと、DPCは基本的に、冒頭でも申しあげましたように、私たちは医者が必要な情報を入れていくということを念頭に置いています。そうしますと、医者が通常業務のほかにこれを入れていくということは非常に負担になるという不満を大学病院でもずいぶんいただきました。

ただし、それがディスチャージサマリーをつくるという仕組みと連動していると、医者は必ずそのディスチャージサマリーはつくらないといけないわけですから、ある程度その手間を省くこともできるだろうということです。電子カルテのシス

テムにこういう様式1のデータがありますけれども、DPCに関するデータをつくるようなかたちというものをやっています。

あと、実際にこのシステムをつくるうえで、うちの大学でもやったことですが、DPCに関してだれが何をやるのかという責任の明確化をまずやってもらいました。基本的に、私たちが推奨しているやり方は、情報は発生源入力をしてください。診断に関する情報はドクターが入れてください。全体の情報の流れの管理は医事課がやってください。ドクターが入れた情報の質の管理は病歴室、あるいは医療情報部でやってください。と、こういうかたちでやっています。クライアント・サーバでやるようなかたちの仕組みを皆さんにご推奨しているわけです。

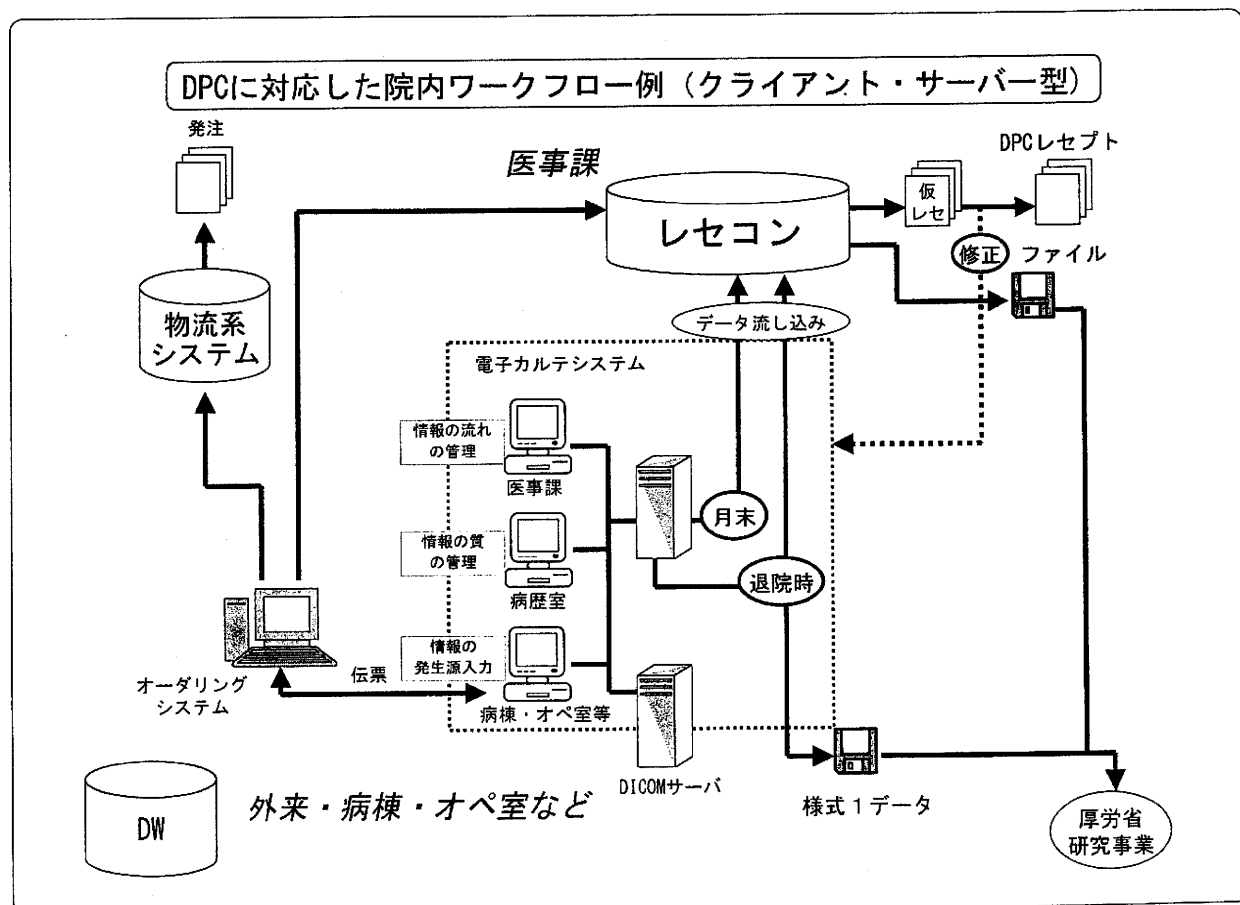
例をお示しします。こういう考え方でいちばん最初におつくりいただいたのは鹿児島大学です。鹿児島大学病院というのはもともと、オーダーリン

グシステムの非常にいいのが走っていきまして、それを医事システム、物流系システムとくっつけて、データウェアハウスをつくってくれました。

基本はオーダーリングシステムなんですが、サマリーを作成するシステムの方にひもづけしています。これが彼らのDPCオーダー画面なんですが、このなかにDPCバンクというのがあります。それをクリックしますと、そのDPCで過去に入院した患者のすべての一覧表が出てきます。

例えばこの患者さんをクリックします。そうすると、この患者さんに関して日計で、どこで支出が発生してどこで収入が発生しているのかということが、いわゆる基本区分別に出てきます。例えば投薬料で、どこで何が発生したのか。注射料で何が発生したのか。

最初に、物流系に入っているということと、物流系と医事会計系につながっているという話をしましたが、これで何ができるのかといいますと、



スライド21

医事請求できなかった材料に関してどこで何が使われたのかということが分かるような仕組みになっています。

要するに、これは物流系のシステムの方のデータをそのまま取り込んでいますが、そういうデータを積み上げていくことによって、例えば平均的に研修医が主治医になった場合にはどのくらい材料のコストがかかってしまうのかとか、どういう診断群でどういう材料が非常に消費されてしまうのかということが分かるわけです。

また、この中をクリックしますと、それはちょっといただけなかったんですが、どういう注射を使ったかとか、どういう材料を使ったかということが全部具体的な名前として出てきます。また、請求できなかったできたということも入ってくるんですが、そういうデータを持つことによって、彼らはこれをDPCバンクと呼んでいます。要するに診断群単位でどのようなコスト構造になっているのかということを中心に細かいレベルまで分析できるという仕組みをつくっています。これは非常に優れていると私は思います。

こういうクライアント・サーバ方式でこの物流系システムとレセコンを中心に組み立てていって、そういう使い方をします。これが、DPCを使ってマネジメントをするというかたちの1つの基本になります（スライド21）。

6. DPCに対応した病院評価

次に、DPCに対応した病院評価という話を少しさせていただきます。私たちは、この2年くらいDPCを使ってどういう病院評価とかどういうマネジメントのツールがつくれるだろうかとか、そういうことをずっと検討してきました（スライド22）。

DPCを利用した病院機能の評価としては、いろいろなことができます。例えばグルーピングシステムという特性を生かして、患者を集めてくる力というのをまず評価することができます。これは何かと言いますと、いちばん最初に基本DPC、上6桁の話をしたんですが、研究班のなかでは東京医

科歯科大学の伏見先生がこれをやってくれているんですが、患者調査という調査があります。すでに皆さんのところも何回もやらされていると思うんですが、患者調査のデータを使いますと都道府県単位、医療圏単位で基本DPC、上6桁のレベルで手術のありなしくらいの区分をつけて、実はどういう患者がどのくらい発生しているかということが分かります。DPCの例えば010010の患者が、東京都内の医療圏で何人くらい発生しているのかということが分かります。

すると、自分の病院でその患者さんを何人診ているのかという占有率が分かるわけです。ある診療圏で例えば100人の患者さんがいたとして、そのうちの50人が自分のところで手術を受けているということになれば、占有率は50%。

患者調査のデータですので、経年的に追いかけることもできます。そうすると、その地域である特定のDPCの患者が増えているのか、減っているのか、併せて自院でその患者さんを手術する、治療する割合というのが増えているのか減っているのかということ进行分析できる。いわゆる占有率の分析、患者を集めてくる力の分析になります。

それから、手技・治療法を実行する能力というのは、DPCの点数表のなかにどういう手術をやったかということを、処置も含めて全部書かなければいけませんので、ある病院が例えばPTCAをどのくらいやったかということがすぐデータとして出てきてしまう。

良いOutcomeを出す能力ですが、例えばDPCのレセプト、様式1という情報を見ていただくと分かるんですが、予後を書かなければいけないことになっています。例えば未破裂動脈瘤のクリッピング手術でどのくらいの患者が死んでいるのかということ、病院単位でデータをつくることになります。もう実際つくっているんですが、まだそれはゴーサインが出ないのでオープンにはしません。けれどもそういうことを、いわゆる良いOutcomeを出す能力ということを示す指標もつくれます。この辺はまた少し、あとで詳しくお話ししたいと思います。

今日もう1つ、少し詳しく話したいのは、効率性・複雑性Indexというものです（スライド23）。これは何かと言いますと、その病院がどのくらい在院日数の長い症例を扱っているのか、要するに、複雑な症例を扱っているのか。あるいは、同じ在院日数でどのくらい短く診療を行っているか。これは効率性指標と呼んでいますが、こういう2つの指標を使うことによって病院のポジショニングができるだろう、セグメンテーションができるだろうという考え方です。

スライド24は一例で、たぶん1回お聞きになってもなかなか分からないと思うので、またお持ち帰りいただいてゆっくりとご検討いただけたらと思います。例えば全国の平均在院日数が21.94日だったとします。A病院の平均在院日数が25.3日だったとします。そうしますと、ぱっと見ますと4日間長いわけです。

4日長いというのは、実は2つ理由が考えられます。1つは、それぞれのDPCで在院日数が長い。もう1つは、より在院日数の長いDPCというものがこの病院に集まっている。この2つの要素によって、この病院の平均在院日数が長くなりうるわけです。

どちらなのかということ进行分析する手法がここに書かれている方法です。

これは九州大学の堀口先生がやってくれているんですが、例えば、まず全国の診断群分類ごとの平均在院日数を使ってそれぞれの病院の平均在院日数を推定します。要するに、その病院のDPCごとの患者数にそのDPCの平均在院日数を掛ける、というようなことをするわけですが、そうするとこの場合22.2日になります。これは何かというと、もしこのA病院のすべてのDPCが全国と同じ平均在

院日数であったら何日になるのかということです。

そうすると、これは22.2ということで3日間も長くなっていますので、この病院は各DPCレベルでみて約3日間平均在院日数が長くなる。要する

DPCを利用した病院機能評価

- Patient Grouping Systemとしての特性を生かした医療機関の評価が可能である。
 - 患者を集めてくる力
 - 手技・治療法を実行する能力
 - 良いOutcomeを出す能力
- それぞれの指標は、病院全体・MDC別・疾病分類別の評価といった複数のレベルで行うことが可能である。

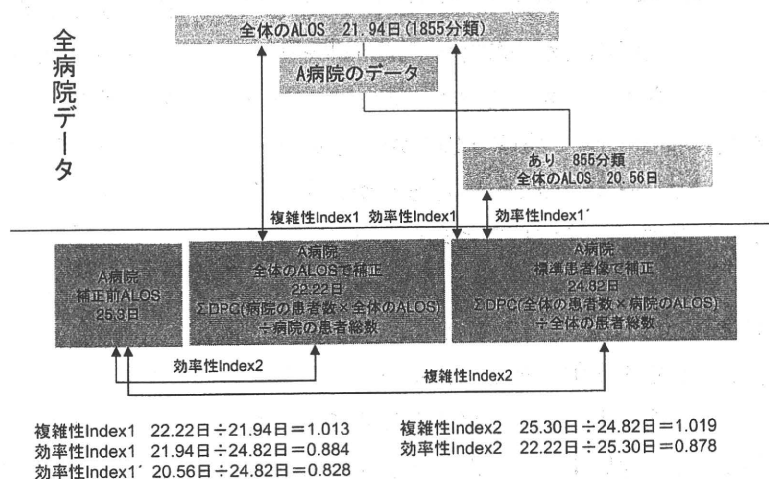
スライド22

効率性・複雑性Index

- 各病院のDPCグループごとのデータ（症例数・在院日数）を使い、全国平均と比べて
 - より在院日数が長くなる患者をたくさん診療している（複雑性指標）
 - 同じGroupの患者をより短い在院日数で診療している（効率性指標）
- 数値は1が全国平均と同等で、数値が大きいほど高い評価を与えられる。

スライド23

効率性・複雑性Indexのフレームワーク



スライド24

に効率性が悪いということになります。それがこのスキームです。22.2というのを25.3で割ると0.87。この病院は約12%全国の平均に比べて効率性が悪いということになります。

次に今度は、A病院の患者の構成が全国と同じ構成だったら何日になるかを計算します。これはどういうふうにやるかというと、このA病院の平均在院日数を使って全国の病院の構造で計算する。そうすると、これは24.8日になります。そうしますと、この病院は25.3日ですので、患者構成として少し複雑な症例が集まっているということを意味します。すなわち、25.3を24.8で割って、1.019。要するに、2%くらい全国平均よりも複雑な症例が集まっている。

結論としてどうなるかというと、この病院は全国よりも少し複雑な症例が集まっているけれども、それぞれのDPCにおける効率性があまり良くないために4日間平均在院日数が長くなっている。こういう結論になるわけです。これをすべての大学

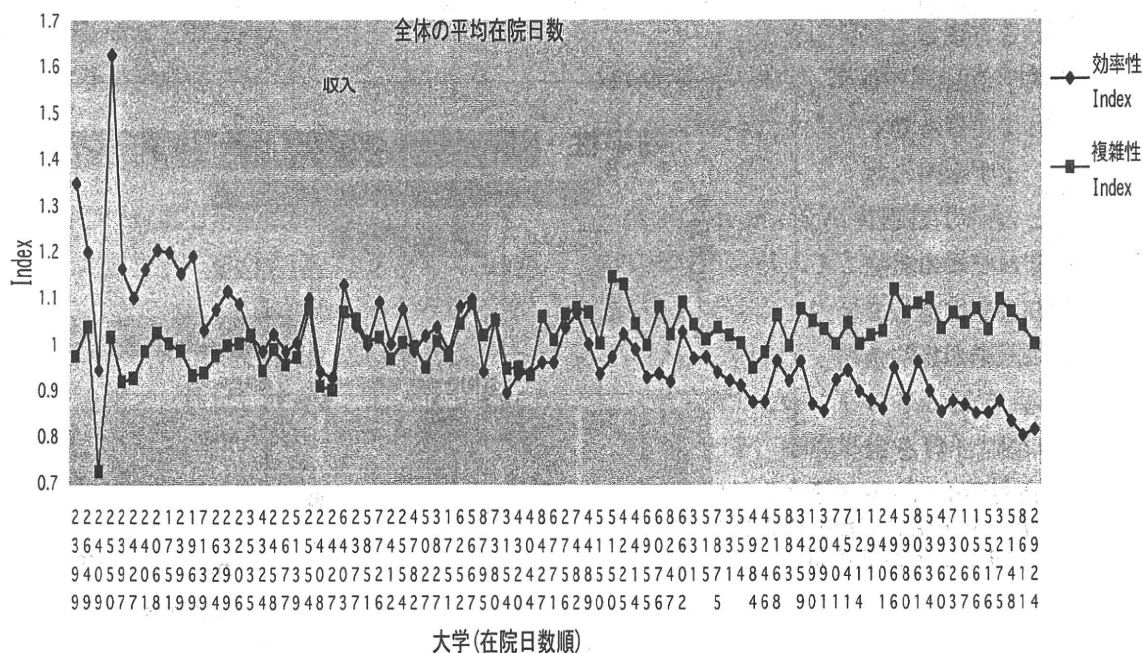
病院に関してやったのがスライド25のデータです。

1以上が効率性がいい、それから複雑性が高いという病院です。こういう病院は、複雑性も高くても効率性も悪い。これはある意味ではない。ところがこういう病院があるわけです。他の病院よりも軽い症例を扱っているにもかかわらず非常に効率性が悪い。この病院に至っては、30%も複雑性が低いにもかかわらず効率性も他の病院よりも5%くらい悪い。

一方で、他の病院よりも10%くらい複雑な症例が集まっているのに効率性も非常に高い。このように、自分の病院がどういう患者像を集めてどういう診療を行っているかということのポジショニングができます。

実は、すでに中医協からも出ていますが、各診断群分類ごとに症例数と平均在院日数が公開されています。特定機能病院と民間病院等に分かれて公開されていますので、スライド26のようなデータをお使いになることで、自分の病院がどういう

DPCβを利用した病院別効率性・複雑性Index



スライド25

位置づけにあるのかということベンチマーキングでできることになります。これはぜひやってみてください。そのうちに、たぶんこういう定義表、このデータ自体をエクセルで公開しますので、そのエクセルをダウンロードしていただければすぐできるようになると思います。

今は全国レベルで見て他の病院と自分の病院がどうかという比較をしたわけですが、同じような考え方をを使って、去年と今年の比較をすることもできるわけです。

例えば、同じ病院で去年と今年を比較すると、平均在院日数が2日間短くなった。この病院で2日間在院日数が短くなっているわけですが、どうしてこれが起こったのかということ、患者構成が変わったのか、それともそれぞれのDPC在院日数が短くなったのかという、その2つの要素に分けて分析することができるわけです。

やり方は、先ほどの複雑性Indexと効率性Indexと全く同じです。結論だけを言いますと、こ

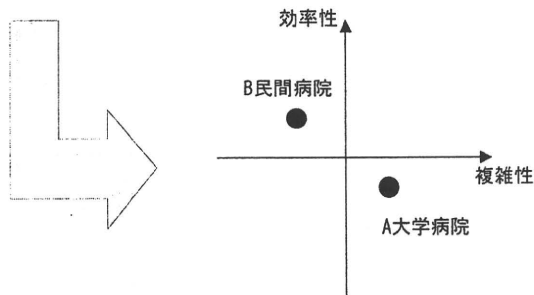
の病院の場合には昨年に比べてそれぞれのDPCでの在院日数が短くなっている。その効果だけで見ると、7日間分短くなった。ところが患者構成を見ると、より重い患者が集まっている。その効果を見ると、むしろ6日間長くなる方になっている。そうすると、この病院はより複雑な症例が集まっているにもかかわらず、効率性が良くなっているために2日間短くなったんだということになります。

スライド27は、簡単に示してありますが、これは昨年度と今年度で大学病院で起こったことです。昨年度から今年度にかけて、大学病院では平均在院日数が2日間短くなっているんですが、こういうふうに複雑性Indexと効率性Indexで分けてやりますと、大学病院にはより在院日数が長い患者が集まっています。にもかかわらず、それぞれのDPCでの在院日数が少し短くなっているために、全体としては2日間短くなっている。そういう意味で、特定機能病院としてはあるべき方向に行っ

病院間における効率性指標・複雑性指標によるベンチマーキング

診療科分類番号	診療科	手術	施設番号	診療科	DPC対象病院		民間病院		大学		A大学病院		B民間病院	
					n	m	n	m	n	m	n	m	n	m
12010101000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	160	12.79	48	13.85	208	13.42	10	18.65	3	10.23
12010102000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	1273	10.34	239	9.28	1584	10.27	23	14.30	13	2.98
12010103000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	208	15.82	105	26.20	218	18.20	8	22.20	3	21.30
12010104000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	260	17.49	21	17.42	331	17.47	11	26.00	4	15.68
12010105000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	859	20.30	184	13.28	1000	19.15	23	24.50	7	17.00
12010106000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	127	23.20	3	20.23	146	23.57	8	26.08	3	26.31
12010107000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	327	28.08	23	24.82	260	27.87	10	40.12	7	22.35
12010108000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	140	80.44	25	62.48	165	80.75	4	85.32	3	50.21
12010109000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	360	6.80	85	5.98	445	6.48	13	9.00	3	5.35
12010110000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	153	7.32	13	8.92	166	7.45	10	10.12	4	8.21
12010111000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	219	12.96	60	13.01	292	12.71	14	19.34	5	17.50
12010112000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	456	14.49	246	12.41	897	14.22	23	21.36	13	11.23
12010113000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	114	5.38	22	5.05	136	5.23	8	6.02	2	4.55
12010114000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	349	14.84	144	12.86	492	14.28	12	21.35	6	10.52
12010115000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	324	8.52	72	7.79	396	8.29	12	9.21	3	7.20
12010116000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	104	15.84	81	12.04	185	14.61	5	21.00	4	11.91
12010117000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	116	7.78	95	7.81	211	7.79	8	10.36	3	7.00
12010118000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	149	8.44	73	8.66	222	8.58	8	10.59	5	9.95
12010119000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	423	7.77	190	7.97	613	7.83	19	4.21	8	2.67
12010120000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	392	15.85	181	13.10	480	14.82	12	23.21	9	10.26
12010121000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	279	12.87	182	10.21	461	12.43	13	20.35	5	9.11
12010122000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	147	19.73	27	15.81	179	19.03	5	20.21	2	12.34
12010123000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	802	25.07	323	19.54	927	23.13	35	36.33	11	16.54
12010124000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	241	35.16	32	38.63	292	36.27	22	51.73	3	32.00
12010125000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	820	10.34	202	8.24	822	10.09	56	12.37	9	8.30
12010126000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	103	10.80	28	10.76	141	10.86	5	15.76	5	9.41
12010127000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	599	18.79	276	17.55	875	18.40	38	27.41	10	14.23
12010128000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	115	5.44	24	5.88	139	5.52	6	7.89	4	5.13
12010129000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	177	9.24	119	8.24	296	8.24	8	13.11	3	8.10
12010130000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	125	7.48	57	7.28	182	7.35	5	11.19	5	8.35
12010131000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	597	13.98	378	13.28	915	14.55	23	20.14	14	12.04
12010132000000	内科・内科総合診療科	なし	なし	なし	105	8.12	51	8.21	156	8.18	3	11.00	3	6.54

厚生労働省から公表されているデータを用いて自院の位置づけを知ることができる



スライド26

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

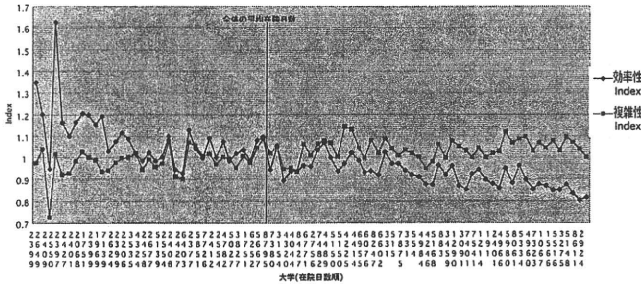
平均LOSの差異	6.0	(36-30)
CMは02でLOSは03時の平均LOS	0.0	
LOSは02でCMは03時の平均LOS	36.0	
DPC別LOS変化による平均値の変化		
CM変化による平均値の変化	6.0	
交互作用		
02→03変動	6.0	

スライド27

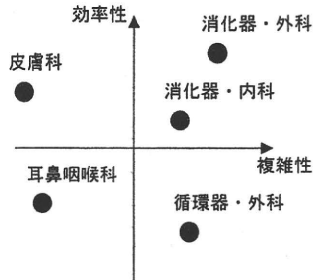
DPCを用いた病院機能評価の例

施設間の比較

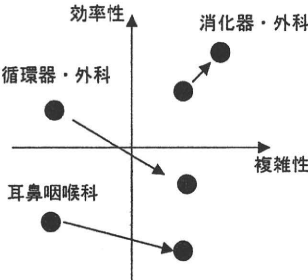
DPCを用いた病院別効率性・複雑性Ind



院内診療科間の比較



院内診療科における時系列比較



このようなデータを分析することで、各施設は自施設の強い部門、弱い部門を知ることができる。そして、その結果に基づいて経営改善や中長期的な方針を構築することが可能となる。

スライド28

ているんだろうと思います。

こういう複雑性・効率性Indexというのを使っていただきますと、例えばご自分の病院でそれぞれの診療科がどういう位置づけにあるかということがベンチマーキングできますし、時系列で見るとどういう方向に行っているのかということを分析することができます。

こういうことをすることによって、例えばここの循環器外科のように複雑性が上がって効率性が下がっているけれどどうしたんだろうとか、逆に、こうなっているのもあるのかもしれませんが、こういう位置づけをして業務改善のきっかけをつかむことができるようになるだろうと思っています（スライド28）。

7. DPCに対応した原価分析

次が、DPCに対応した原価分析の話です。これは研究班のなかでは京都大学の今中先生がやってくださったんですが、このDPCの研究を受けるときに上の方からまず要請されたのが、DPCに対応するかたちで病院の患者別の原価を出す仕組みを考えてほしいということでした。

受けたときには非常に膨大な作業になるのかということだったんですが、イギリスやフランスの原価計算の仕組みなどを調査しました。あとスウェーデンも調査しています。アメリカのものはもう分かっていたので、今中先生がいろいろお考えになって、患者別原価を推定する、部門別原価計算枠組みを活用してやっていこうということになりました。

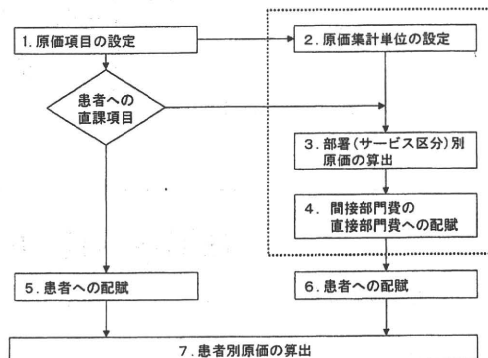
要するに、現行の病院会計準則に沿うかたちで基本的な部門を設定し、さらにその下に少し細かい部署を設定して、そこから患者に落とし込むところは共通の配賦係数を設定してやっていく、現行の、各病院がやることが求められている部門別

研究班における原価プロジェクト(今中班)の基本的考え方

- 基本的考え方
 - 患者別原価を推定する。
 - 部門別原価計算の枠組みを活用する。
 - 診断群分類別原価は、患者別原価を積み上げる。
- コスティングマニュアル
 - 異なる設置主体（国立、公立、私立）のいずれでも使用可能なマニュアルの作成を目指す。
- 原価計算の原則（案）
 - できる限り患者に直課できるものは直課する。
 - 残りは、できるだけ妥当な係数で患者に配賦する。（部門別原価計算の枠組みを活用）
 - 実現可能な方法
 - オプションを用意して、原価推定の質も評価
 - 段階的に精度を上げていく
- 原価計算の手順（案）
 - 患者に直課できるものは直課
 - 部門と階層の設定
 - 各部門の原価算出
 - 間接的部門原価の直接的医療部門への配賦
 - 直接的医療部門の原価を個々の患者に配賦（日数や回数など使用量に応じて）

スライド29

患者別原価計算の手順 (今中マニュアルより引用)



スライド30

の原価計算の仕組みを活用するかたちで患者別の原価計算の仕組みをつくっていこうというのが今中マニュアルの考え方です（スライド29）。

基本的にはこのように、原価項目、原価集計単位、それから部署の設定。この辺をすべてのところで共通化して、さらにこの配賦のしかたというところにオプションをつけて共通化をし、患者別の原価を算出していこうというやり方です（スライド30）。

この辺はもう今中マニュアルというかたちで、平成15年の12月に社会保険研究所から『医療の原価計算』という本が出ておりますので、そちらの方をご参考いただければと思います。

今中先生がどういうふうにつくられたかといいますが、いろいろな病院のヒアリングをたくさんしまして、その後たたき台をつくり、さらに主だった監査法人与会計事務所の方に集まっていたいて、中身をもんで、これならできるのではないかということやっていったということです。これが、これからの日本の標準になるのだらうと考えています。

配賦係数ですけど、オプションをつけるという話をしました。これはどういうふうに行ったのかというと、すべての病院が例えば最初から活動量基準で配賦係数をつくるということは、たぶんそれを強要すること自体無理ですので、やれるところからやっていったらどうか。そして、いちばん簡単な収入比率であるとか人数比率であるとか、だんだんこういうふうにレベルを上げていくという、そういう仕組みを考えたらどうかというのが今中先生の考え方です（スライド31）。

要するに、まず大事なことは、原価を推計する試みを行っていただく。やりながらだんだん精度を上げていく。ただし、データをとる側としてはどのくらいの精度なのかということ、どのオプションを使ったのかということ把握することで評価していこうというやり方です。

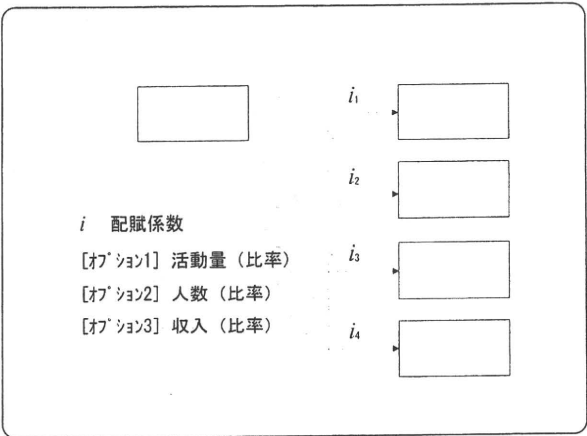
やり方はいわゆる階梯方式ですので、要するに標準的な部門を設定して間接部門を直接部門に吸収させていく。さらにそれを患者単位に割りつけていくというやり方で、最終的にはこういう患者単位での部門別のコストを推計していくというやり方です（スライド32～36）。

これをひっくり返しますと、それぞれの患者にはDPCの番号がついていますので、DPC単位で部門別にどのようなコスト構造になっているかということが分かります。

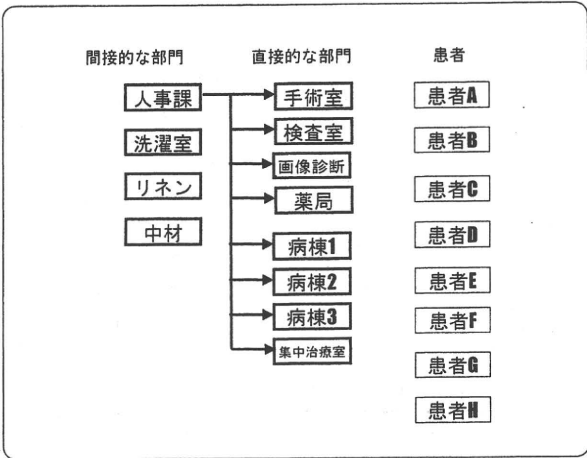
このレベルまでのデータをつくれる病院というのは全国で限られているだろうと思います。ただ、部門別原価計算の仕組みがある病院であれば、ある病院というのが前提になると思うんですが、このなかの細かいところは分からなくても各DPCの患者数は分かります。それから、部門別でいく

らお金がかかったかも分かります。そうしますと、全国の標本病院から出てくるこの係数表を使って、自分の病院がどのような原価構成になっているかということ間接的に推定することはできます。

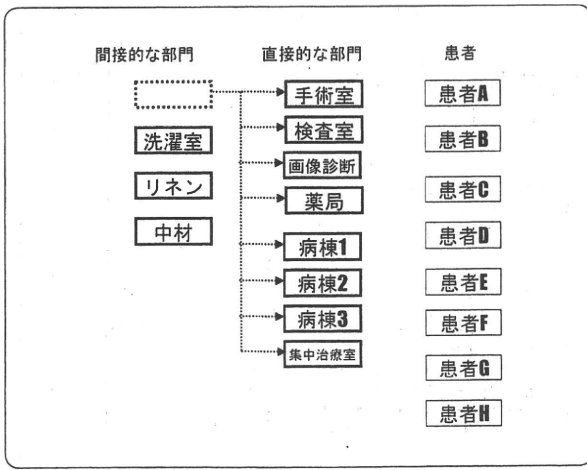
そうしますと、うちの病院はどうもこの診断群



スライド31



スライド32



スライド33

分類何々番に関してはちょっと薬剤費がかかりすぎているとか、人件費がかかりすぎているという、そういうものが見えるようになるわけです。

ですから、こういう細かい単位の分析ができなくても細かい単位のものはできるところが出て

きますので、できない病院ではとりあえず部門別の原価の構造が分かって推計ができます。さらにDPC単位での人数が分かれば、この全国の標本病院を使って出てくる係数表を使い、どういう原価構成になっているかが推計できるということになります。たぶん、これはすごく大きなマネジメントの改革になるだろうと私は思っています。

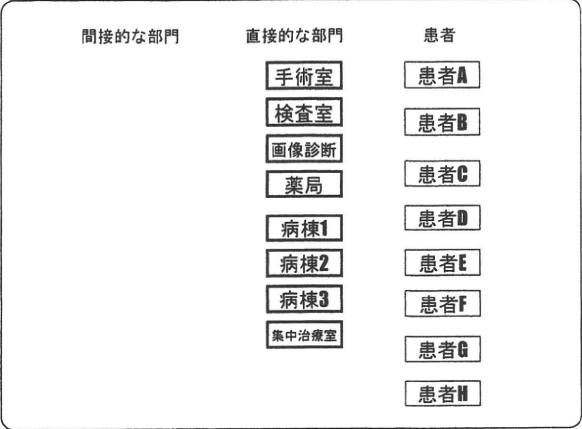
では、そういう原価構成の仕組みはいつ出てくるのかということですが、今年（平成15年）度、29の病院から実はもうデータが出てきます。ただ、個別のデータを出すと非常にまずいので、一応私たちのレベルでそれをすべて集計して、特定機能病院のあるグループの係数表というかたちでデータをお示しすることになっています。

また、今までそういうことをやったことのない病院がほとんどですので、それが正しい結果であるとは考えていませんが、これから2年間3年間ずっと続けることによってこの係数表の精緻化をしていって、少し使い勝手のいいもの、精度の高いものにしていこうというふうに今、考えているところです。

あとは、メーカーさんによっては日計単位で収支の分析ができるようなソフトを開発して売り出しているところもあります。すごいなと思います。私たちがそれをやってくれと頼んだわけではないんですけども。ただ、こういうことをやればいわゆるクリニカルパスというのが今はやりですが、コストの情報を持ったクリニカルパスがつくれますので、それを組み合わせることによっていろいろな経営戦略の立案に使うことができるだろうと思っています（スライド37）。

8.DPCを用いたマネジメント

次に、DPCを用いたマネジメント。これからマネジメントの話になりますけれども、例えばうちの大学病院などはある監査法人に経営改善のコンサルティングをしてもらったんですが、日本の病院に不足しているものは企画・マネジメント・マーケティングだと言われたのです。大学病院は本当におっしゃるとおりだろうと思います。



スライド34

患者	薬剤	材料	...	X	Y	Z	計
00001							
00002							
.							
.							
.							
.							
.							
.							
.							
.							
.							
.							
.							
VWXYZ							
計							

スライド35

診断群分類	n	薬剤	材料	...	X	Y	Z	計
0100101+010000								
0100201+010000								
.								
.								
.								
.								
.								
.								
.								
.								
.								
.								
.								
1601001+010000								

スライド36

そもそもなぜこういうのが不足しているのかというと、その元となる情報を、今まで大学病院はつくってこなかった。それを扱う人材もつくってこなかったというのが現状です。

多くの大学病院というのが医事課の業務をあまり大事に考えずに、例えばそういうレセプトを扱う業者に外注してしまっている。病院の中にはそれを扱えるプロがいない。要するに、経営のためにいちばん使える情報というのが病院内では加工できない状態になっているというのが、これまでの多くの大学病院の実情でした。

例えば、そういうコンサルタント会社の方に来ていただくと、まずこのフローの分析というのをさせられます。「あなたの病院にはどこから患者がやってきてどこに退院していくんですか」という、そういうフローの分析ですけれども、これはDPCがなくてもやれるわけですが、実はDPCを使うと簡単にできます。

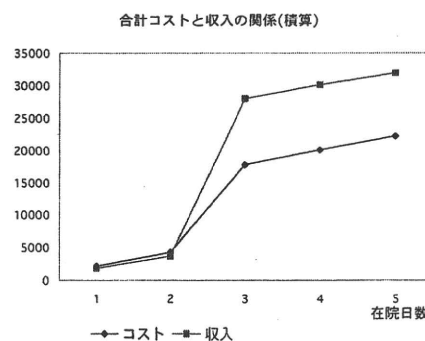
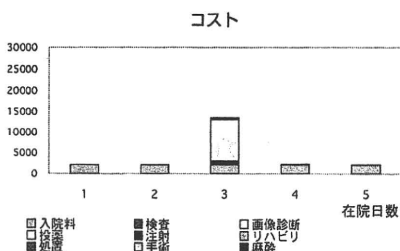
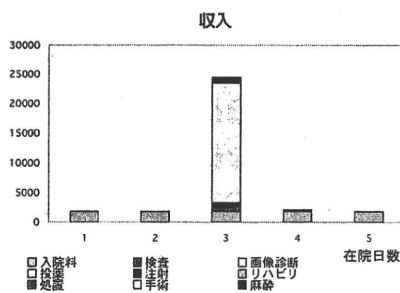
なぜかという、DPCレセプトのなかにはこれを書かなくてはいけないんです。DPCレセプトをご覧になった方はご存じかと思いますが、様式1でもいいんですが、患者がどこからやってきた

のか、紹介があったのかなかったのか、自院の外来からやってきたのか、他院から紹介でやってきたのか、救急からやってきたのか、ということで、すべてチェックしなければなりません（スライド38）。

それから、退院後どこに行ったのか。自院の外来に行ったのか、他院の外来に行ったのか、他病院に行ったのか、死亡したのか、ということもすべて情報を書かなければいけない。そもそもDPCレセプトというのは電子レセプトですので、それを加工するだけでこのフローの分析というのは簡単にできます。しかもMDC単位でできますし、DPCの基本6桁単位でもできるわけです。要するにこういうセグメントごとに、これはMDC単位でやっていますけれども、どこの科でどういう患者が入院確率が高いのかという分析がすぐできてしまうわけです（スライド39）。

さらにもう少しこれをふみこんでいくと、先ほど、原価計算の仕組みが始まるという話をしました。そうしますと、今いろいろな病院で1入院当たり単価を上げろとか、1患者の外来単価を上げろとかそういう話になるわけですが、単価だけで

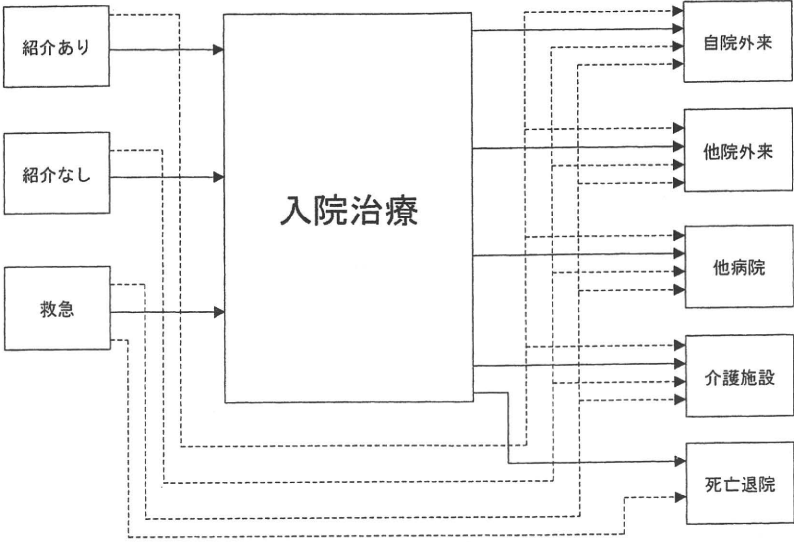
DPCに基づく分析モデル例



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。また、クリニカルパスと組み合わせて分析することも有用。

スライド37

自院にはどのような患者が、どのような経路で入院し、どのような治療を受けて、どこに、どのように退院していくのか？



- ・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。

スライド38

今後、急性期病院は外科や検査を中心とした短期入院主体の施設に特化していくことが予想される。

入院確率の高い患者の確保が課題となる。

	第一内科		第二内科		第三内科		第一外科	
全初診患者数	12000		13000		9000		15000	
うち1M以内入院	6500	54.2%	9600	73.8%	5000	55.6%	12100	80.7%
紹介＋患者数	6500		10000		6000		12000	
うち1M以内入院	3500	53.8%	7500	75.0%	3500	58.3%	10000	83.3%
紹介－患者数	3000		1500		2000		1000	
うち1M以内入院	1000	33.3%	800	53.3%	1000	50.0%	300	30.0%
救急患者数	2500		1500		1000		2000	
うち1M以内入院	2000	80.0%	1300	86.7%	500	50.0%	1800	90.0%

上記のようなセグメントごとの分析をMDC単位で行うことでより改善計画に直結しやすい知見が得られる。

	MDC01					
	手術なし			手術あり		
	第一内科	第二内科	第一外科	第一内科	第二内科	第一外科
全初診患者数	5000	2000	1500	200	100	4000
うち1M以内入院	2000	710	600	158	86	3400
	40.0%	35.5%	40.0%	79.0%	86.0%	85.0%
紹介＋患者数	4000	1500	800	140	80	3000
うち1M以内入院	1500	600	300	130	75	2900
	37.5%	40.0%	37.5%	92.9%	93.8%	96.7%
紹介－患者数	300	400	400	40	10	500
うち1M以内入院	50	60	100	10	2	100
	16.7%	15.0%	25.0%	25.0%	20.0%	20.0%
救急患者数	700	100	300	20	10	500
うち1M以内入院	450	50	200	18	9	400
	64.3%	50.0%	66.7%	90.0%	90.0%	80.0%

スライド39

はなくて、推計値ですがこれから1入院平均コストというのが出てきます。

そうすると、DPCの上の基本6桁くらいで1症例当たりの収支というのがとりあえず推計できます。さらに、それに例数をかけてやれば合計収支が出てきますので、どの部門でどういう赤字が発生しているのかということが患者単位で分かるようになります（スライド40）。

これは何がメリットがあるのかというと、例えばこれで言うと010080というところでこういう赤字が発生しているわけですが、DPCの場合にはもうすでに点数表がありますので、原価計算の仕組みが走っていることが前提になりますけれども、スライド41のような収入曲線・コスト曲線というのを描くことができます。

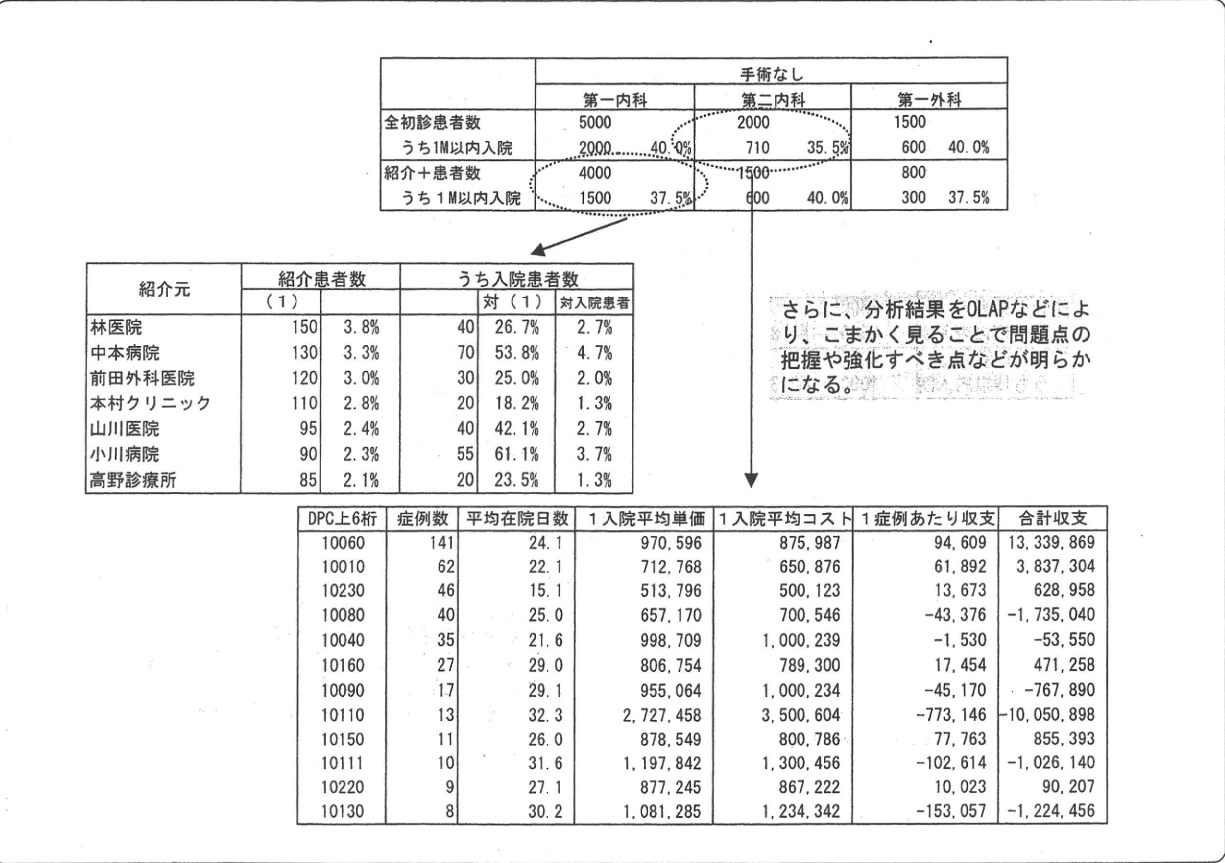
例えばこの例ですと、収入がこういうふうな、入院期間Ⅰまでがこう、入院期間Ⅱまでがこう、入院期間を過ぎるとこうとそのコスト曲線を描くことができるわけです。

この例で言うと、平均在院日数を越えたところで赤字が発生する。ここから分析を始めるわけです。

例えばこの症例で、退院基準があいまいであるためにもう退院できるのにだらだと入院している患者さんがたくさんいて赤字が発生しているのであれば、退院基準を明確にすることによってこういう赤字を解消することができるわけです。

しかも、退院基準を明確にするということは入院時に患者さんに入院計画、診療計画を説明する。こういう状態になったらあなたは退院できますよと説明するわけですから、当然医療の質の向上にもつながります。要するに、説明責任ですね。

逆に、例えばこの病気では入院初期にコストが非常にかかっていますけれども、そもそも外来でできるような検査まで入院してからやっているということが高コストの原因であるならば、そういう検査を外来にもっていくことによってこの部分を解消することができるということになります。



スライド40

要するに、こういう収支曲線が描けることによって、どこにどういう問題があるのかが分かるようになる。それに基づいて業務改善をしていくということが、DPCを使えば可能になるという話です。

これを14桁でやるのは非常に難しいと思うんですが、少なくとも基本DPCの上6桁、あるいは少しまとめたものでもいいと思うんですが、手術のありなしくらいでやっていくと、大ざっぱですがどういう問題点があるかということが分かってくるだろうと思います。

そういう改善をやったにもかかわらず赤字が発生するというのは、そもそも値決めが間違っているということになりますので、そういうデータを例えば全日病なら全日病でもいい、四病協なら四病協でもいいと思うんですが、積み上げていって、こういう問題があるからここを改善してほしいという、そういうデータに基づいたネゴシエーションができるようになるというのが、もう1つ大き

なメリットではないかと考えています。

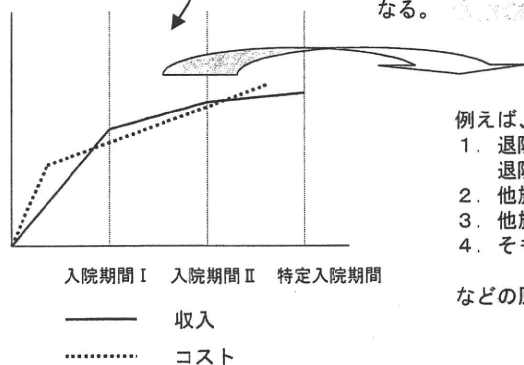
DPCですが、何のために必要なのか。これはもう繰り返しいろいろなところでお話しさせていただいているんですが、定額先払いのためではありません。見通しを得るためです。マネジメントの本質は見通しを得ることだろうと思います。DPCを使うとなぜ見通しを得ることができるのか。これは帝京大学の橋本先生が一所懸命やってくれているんですが、全国一律の、全国で共通の単位を使うことが重要だということです。

すなわち、全国一律の形式にまとめることができますので、いわゆる比較検討ができる、ベンチマーキングができるということになります。自分の病院が、このDPCに関しては全国と比べてどういう位置づけにあるのかということが分かる。そこからいろいろな改善のための手がかりをつかむことができます（スライド42）。

それから、先ほどお話ししましたように、患者調査のデータと組み合わせることによって、自院

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	29.1	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

赤字のDPCについて時系列での分析を行うことで問題点の明確化が可能になる。



例えば、

1. 退院基準があいまいであるために退院可能な患者が入院を継続している。
2. 他施設に比較して高価な薬を使う頻度が高い。
3. 他施設に比較して検査量が多い。
4. そもそも診療報酬の設定に問題がある

などの原因が明らかにできる。

スライド41

がDPCに関してどのくらいの患者を扱っているのか。増えているのか、減っているのか、ということも分かるわけです。

ある地域の疾病構造が1年で極端に変わるということはまずありませんので、短期的・中期的なレベルで確率的にこれからどういう疾病構造になっていくのか、そこで自分の病院はどうあるべきなのか、という見通しが持てるようになる。こういう標準的な情報を使うのがいちばん大きなメリットではないかと思います。

社会保障財政が今非常に厳しい状況です。見通しを持ってマネジメントをやるのと、見通しを持たずにマネジメントをやるのでは2年間やってしまった場合に、とても大きな差がついてしまうのだろうと私は思っています。そういう意味で、見通しを持つためのツールがDPCであるというのが私たちの考え方です。

このDPC時代に突入すると、DPCの情報をつくれる人材というのがどうしても必要になってきます。そういう意味では、これから医事課、病院の事務職の役割がとても大事になってくるだろうと思っています（スライド43）。

この辺を最後にまとめて終わりたいと思うんですが、DPCの目的はあくまで医療情報の標準化と透明化です。目的は支払い方式の改革ではなくて、病院マネジメントの改革です。DPCを用いた収入管理とか支出管理とか品質管理とか、診療の最適化、意思決定支援などが重要になるだろうと私たちは考えています。この辺の細かいところは、

『月刊薬事』の1月号に石川先生・伏見先生が書かれています。ここからの話はそれをまとめただけですので、あと読んでいただければと思います（スライド44）。

例えば収入管理という点でいうと、これからは基本的には、入院患者にDPCを割り当てて診療報酬を請求するというのが、収入管理になってくるわけです（スライド45）。

診療報酬の請求に関しましては、基本的には医事会計システムというのは完成しています。ですから、たとえこれがもし一般化することになって

も、大手のベンダー、ほとんどのベンダーはこれに対応できますので、大きな問題にはならないだろうと思います。

むしろ大事なことは、入院患者にDPCを割りつけるというコーディングのところですね。正確なコーディングができなければ正確な診療報酬を受け取ることはできないわけです。安いDPCの方に

何のために必要なのか？

定額先払いのため	×
見通し(=管理・マネージメント)を得るため	○

—

全国一律の形式でまとめる (標準化)	→	比較検討ができる (ベンチマーキング)
複雑な個別の現象をやや単 純な平均像に置き換える (診断「群」化)	→	確率論的取り扱い (リスク計算)

(橋本：2003)

スライド42

- 1日定額だろうが、1件定額だろうが、出来高だろうが、見通し(マネージメント)なくして病院組織の維持運営は図れない！
- 見通しに必要なのはビジョンと使える情報！！



DPC時代に突入すると

- 医事課は「コード屋さん」から「戦略的医療情報管理部門」に転換することを求められる。
- 情報を統括し、戦略を立てるための責任者
(Chief Information Officer: CIO) が必要になる。

(橋本：2003)

スライド43

DPCの目的

- 医療情報の標準化と透明化
- DPCの目的は「支払い方式の改革」ではなく「病院マネジメントの改革」

— DPCを用いた

- 収入管理
- 支出管理
- 品質管理
- 診療の最適化と意思決定支援

が重要となる。

(石川・伏見：2004)

スライド44