

特別セミナー：神経疾患の緩和医療と QOL（第2回）

「QOLの質的研究：Narrative based medicine から主観的 QOL 尺度まで」

（8月9日（土曜日）13:00～ 東京大学本郷キャンパス、山上会館）

プログラム

開会挨拶（1:00）：葛原茂樹（三重大学）

1:05～1:45 座長：成田有吾（三重大学）

I. Narrative Based Medicine

札幌医大 地域医療総合医学 山本和利

1:45～2:25 座長：中島孝（犀潟病院）

II. 神経難病における Narrative based medicine と QOL の質的な研究

新潟大学 医学部保健学科 宮坂道夫

2:30～3:00 座長：成田有吾

III. 神経難病のQOL評価と問題点－ALSを中心に－

横浜市立市民病院 神経内科 大生定義

3:10～4:30 進行：中島孝

IV. QOL 尺度の実習（面接法、ロールプレイを含む）（大生定義、大西美紀）

- ALSAQ-40 (Ref. 1)
- SEIQoL-DW (Ref.2,3).

閉会挨拶：中島孝

Reference:

1. Jenkinson C et al. Evidence for the validity and reliability of the ALS assessment questionnaire: The ALSAQ-40, Amyot Lat Scler 1:33-40,1999
2. Hickey MA et al. A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW) : application in a cohort of individuals with HIV/AIDS. BMJ, 313:29-33,1996
3. Neudert C et al. Patients' of quality of life instruments:a randomised study of SIP, SF-36 and SEIQoL-DW in patients with amyotrophic lateral sclerosis. J Neurol. Sci. 191:103-109,2001

急性期診療・DPCにおける神経難病 QOL 小委員会プログラム (横断的研究グループ)

主催：「特定疾患の QOL の向上に資するケアのありかたに関する研究班」(主任研究者 中島孝)

日時：H15 年 9 月 20 日 (土曜日) 14 時 05 分から 16 時半 (詳細は以下)

場所：ホテル八重洲龍名館 (電話 03-3271-0971) <http://www.ryumeikan.co.jp/yaesu.html>

対象者：委員および班構成員協力者に限ります。座席数に限りがあります。

発表形式：PC プロジェクター、反射型 OHP

プログラム

座長 黒岩義之

1. DPC 概論、国際比較など (仮題) 伊藤道哉 (15分)
2. わが国における DPC の導入 (仮題) 松田晋哉 (産業医科大学教授) (30分程度)

座長 伊藤道哉

3. 神経学会より総論 (仮題) 黒岩義之 (10分)
4. 神経学会より各論ほか (仮題) 荻野美恵子 (20分)

司会 中島 孝

5. 各主任研究者から
6. 問題点の整理 質疑応答
7. まとめ、報告書の作成など今後の方針

委員案として：

特定疾患の調査研究班の主任研究者 (代理者)：吉良先生、木村先生、辻先生 (後藤順先生)、葛原先生 (成田先生)

神経学会 DPC 小委員会メンバー：、荻野先生、黒岩先生

特定機能病院に勤務する QOL 研究班構成員：伊藤先生、熊本先生、西澤先生、山内先生

その他 QOL 研究班から：久野先生 (PD 関連)、今井先生 (ALS 関連)

にお願いしています。

特定疾患の生活の質 (Quality of Life, QOL) の向上に資するケアの在り方に関する研究班
研究報告会プログラム
開催日：平成 15 年 12 月 14 日 (日)
場 所：全共連ビル 大会議室

8 : 55 開会の辞

班長 中島 孝

9 : 05 厚生労働省挨拶

厚生労働省健康局疾病対策課

9 : 10 ~ 10 : 10

座長 今井尚志 (国立療養所西多賀病院)

1. 患者の自由な意思決定をいかにして実現するか

○清水哲郎

東北大学大学院 文学研究科

2. ALS の病名告知と心理支援

(2) ALS 患者がたどる心理的過程 - 15 名のインタビューから -

湯浅龍彦、○森 朋子、川上純子、吉本佳預子

国立精神・神経センター国府台病院 神経内科

3. ALS 等の難病における自己決定と患者および家族・介護者の QOL

- 患者および家族・遺族への聴き取り調査から -

○宮坂道夫¹、若林佑子²

¹新潟大学医学部 保健学科、²日本 ALS 協会新潟県支部

4. ALS との向き合い方における患者と家族の関係性 - 外在化を利用した質問紙から -

○後藤清恵¹、福原信義²、高津由子³

¹新潟青陵女子短期大学、²国立療養所犀潟病院 神経内科、³国立療養所犀潟病院 MSW

5. ALS 患者の QOL を高める支援のための主観的 QOL 調査

中島 孝、○袖山千恵子、小池美妃、広瀬敏子、島田ふゆき、倉石利子、山岸とし江、北沢真喜子

国立療養所犀潟病院 神経内科

6. 長期療養目的で入院する神経難病患者における入院時の心理検査

藤井直樹¹、○石坂昌子²

¹国立療養所筑後病院 神経内科、²九州大学大学院人間環境学科

10 : 10 ~ 10 : 50

座長 西澤正豊 (新潟大学脳研究所)

7. 神経難病医療の理念を求めて

○西澤正豊、小宅睦郎

新潟大学脳研究所 神経内科

8. 包括医療と神経疾患

○黒岩義之

横浜市立大学 神経内科

9. 神経疾患における包括医療

○荻野美恵子

北里大学医学部 内科学Ⅲ (北里大学東病院 神経内科)

10. 神経難病患者の QOL 向上における特定機能病院の役割: 包括医療とクリニカルパス

○熊本俊秀、三宮邦裕、上山秀嗣、荒川竜樹、木村昭子、軸丸美香、宇津宮香苗、迫 裕介
大分大学医学部 第三内科

10:50~11:50

座長 伊藤道哉(東北大学大学院医学系研究科)

11. 筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者の痛みに関する検討 -緩和ケアの視点から-

○近藤清彦¹、新改拓郎¹、北山通朗¹、小松素明¹
村崎洋子²、成田理恵²、中島益美²、高田恭子²、西谷真紀²、中島正之³
¹公立八鹿病院 神経内科、² 同 看護科、³ 同 検査科

12. ALS のインフォームドコンセントの検証と課題 -ALS ガイドラインと対比して-

○難波玲子¹、三徳和子²、浅利京子²、岩本真子²、萩田多江子²
¹神経内科クリニックなんば、²川崎医療福祉大学 看護学科

13. 神経難病の事前指示書 -当院のとりのくみ-

○大谷玲子¹、上条真子²、荻野美恵子³、高橋葉子⁴、野沢かほる⁵、吉原千恵⁵
¹北里大学東病院 看護部・総合相談部、²北里大学東病院 総合相談部
³北里大学医学部 内科学Ⅲ(北里大学東病院 神経内科)
⁴北里大学東病院 看護部 神経内科外来、⁵ 同 神経内科病棟

14. 筋萎縮性側索硬化症の終末期緩和ケア

○加藤修一、川田明広、清水俊夫、長尾雅裕、林 秀明
東京都立神経病院 神経内科

15. ALS 等神経難病の緩和ケア・終末期医療に関する医療者への調査

石上節子¹、○三浦るみ¹、高橋文子²、大里るり²、遠藤慶子³、伊藤道哉⁴
¹東北大学医学部附属病院緩和ケアセンター、² 同 神経内科病棟
³ 同 看護部、⁴東北大学大学院医学系研究科 医療管理学分野

16. 神経難病とがん領域における緩和ケアの比較 -タイムスタディ法を用いた看護時間量の調査-

石上節子¹、三浦るみ¹、高橋文子²、遠藤慶子³、○伊藤道哉⁴
¹東北大学医学部附属病院緩和ケアセンター、² 同 神経内科病棟
³ 同 看護部、⁴東北大学大学院医学系研究科 医療管理学分野

11:50~12:20

座長 水島 洋(国立がんセンター研究所)

17. ALS 患者向け携帯用会話補助装置の開発における工夫点

○松尾光晴¹、井川喜博¹、中島 孝²
¹ファンコム株式会社、²国立療養所犀潟病院 神経内科

18. 臨床における携帯型会話補助装置の有用性の検討

中島 孝¹、○古澤 学²、土井晴夫²、大島弘子²、近藤隆春²
¹国立療養所犀潟病院 神経内科、²国立療養所犀潟病院 リハビリテーション科

19. QOL の向上に資するインターネット利用法の現状と課題

○水島 洋
国立がんセンター研究所 疾病ゲノムセンター

12:20~13:30

昼食(班構成員会議)

13:30~14:30

座長 久野貞子(国立療養所宇多野病院)

20. ALS患者のピアサポートの試み

豊浦保子^{1,2}、水町真知子^{1,2}、○吉岡克彦¹、杉本孝子¹、寺田猛志¹、小林智子²

¹日本ALS協会近畿ブロック、²(有)エンパワーケアプラン研究所

21. 呼吸理学療法と非侵襲的陽圧呼吸療法が筋萎縮性側索硬化症の生命予後に与える影響

○小森哲夫¹、道山典功²、笠原良雄²、出倉庸子²

¹都立神経病院 神経内科、²同 リハビリテーション科

22. パーキンソン病および関連疾患患者の口腔ケア ケアシステムの導入を試みてー

久野貞子、○田中奈緒美、阿波加里、志水紀世美、渡名喜民子、福原美和、宮川いずみ、山崎輝子
国立療養所宇多野病院 臨床研究部

23. パーキンソン病の外科治療とQOL

○久野貞子¹、水田英二¹、佐々木智子¹、大江田知子¹、北川尚之¹、濱田可奈子¹、吉田園代¹、武内重二²

¹国立療養所宇多野病院 臨床研究部・神経内科、²京都市びわこ病院脳外科

24. UHDRS(ハンチントン病評価尺度)の日本語版についての検討

○武藤香織

信州大学医学部 保健学科

25. 遺伝性難治性疾患患者・家族の社会的不利益の状況について

ー生命保険等の加入に関する意識調査からー

○伊藤道哉¹、濃沼信夫¹、石川秀樹²、佐伯智子²

¹東北大学大学院医学系研究科 医療管理学分野、²兵庫医科大学 家族性腫瘍研究部門

14:30~15:10

座長 福永秀敏(国立療養所南九州病院)

26. 鹿児島県内のALS患者の状況と支援についての検討

福永秀敏¹、○今村 恵²

¹国立療養所南九州病院、²鹿児島県加治木保健所

27. 当院におけるALS診療方針の変遷と課題

○田邊康之、信国圭吾、井原雄悦、高田 裕、坂井研一、西中哲也

国立療養所南岡山病院臨床研究部・神経内科

28. 神経難病患者に対するチーム医療のあり方に関する研究

ー薬剤師への服薬指導アンケート調査からー

今井尚志¹、○野村理恵²

¹国立療養所西多賀病院、²国立療養所千葉東病院

29. 神経難病デイケアの効果について ー身体的機能及び日常生活満足度の変化ー

中島 孝¹、○猪爪陽子²、近藤隆春²、小山英央²、朝日達也²

大日向真理子²、玉虫俊哉²、羽崎 完³、小林量作⁴

¹国立療養所犀潟病院 神経内科、²国立療養所犀潟病院 リハビリテーション科

³畿央大学健康科学部 理学療法学科、⁴新潟医療福祉大学 理学療法学科

15:10~15:40

ヨービーブレイク

30. QOL 向上のために訪問看護に求められているもの

(在宅神経難病患者のアンケート及び聞き取り調査より考察する)

堀川 楊¹、○青池朋子²、中村文江²、高野朋子²、古澤裕子²、秋山美由紀²、堀 明美²¹医療法人朋有会 堀川内科・神経内科医院 理事長、²医療法人朋有会 浜浦町訪問看護ステーション

31. 人工呼吸器装着など、医療依存度の高い在宅療養 ALS 患者に対する

新潟県上越地方における訪問看護の需給状況について

福原信義¹、○高津由子²¹国立療養所犀潟病院 神経内科、² 同 MSW

32. 難病訪問看護実践に必要とされるアセスメント技能に関する研究

ー訪問看護場面への参加観察を通してー

山内豊明¹、○三笠里香²、志賀たずよ³、佐々木詩子⁴¹名古屋大学医学部 基礎看護学講座、²名古屋大学大学院医学系研究科修士課程³大分大学医学部 地域老人看護学講座、⁴瑞浪病院 看護部

33. 筋萎縮性側索硬化症(ALS)の療養者における療養行程モデルの作成

ー専門医受診までの行程と看護支援ー

○川村佐和子¹、真砂涼子¹、本道和田子¹、小倉朗子²、牛込三和子³、木全真理¹、水野優希¹¹東京都立保健科学大学、² (財) 東京都医学研究機構 東京都神経科学総合研究所、³群馬大学

34. 筋萎縮性側索硬化症(ALS)の療養者における療養行程モデルの作成

ー治療法選択までの行程と看護支援ー

○牛込三和子¹、友松幸子¹、佐々木馨子¹、飯田苗恵²新井明子¹、岡本幸市¹、小倉朗子³、川村佐和子⁴¹群馬大学医学部、²群馬県立医療短期大学、³東京都神経科学総合研究所、⁴東京都立保健科学大学

35. 筋萎縮性側索硬化症(ALS)の療養者における療法行程モデルの作成

ーターミナル期等における訪問看護サービス利用に関する検討ー

○小倉朗子¹、木本明恵²、長沢つるよ¹、山川葉子³、谷口亮一⁴小森哲夫⁵、今岡節子²、小西かおる¹、川村佐和子⁶、牛込三和子⁷¹ (財) 東京都医学研究機構 東京都神経科学総合研究所 難病ケア看護研究部門²野村訪問看護ステーション、³三鷹武蔵野保健所、⁴第一医院⁵東京都立神経病院、⁶東京都立保健科学大学、⁷群馬大学

研究報告会インターネット中継のお知らせ

平成 15 年度厚生労働省 難治性疾患克服研究事業

「特定疾患の生活の質 (Quality of Life, QOL) の向上に資するケアの在り方に関する研究班」(主任研究者: 中島 孝)

日時: 2003 年 12 月 14 日 (日) 8:55~16:50 (予定)

.....
当日会場においでになれない方のために、研究報告会をインターネット上で公開生放送致します。

- この放送は Realplayer というソフトウェアを使用して見ることができます (予定)。それは無料体験版として提供されておりますのでダウンロードして下さい。また、デモ放送を常時行っておりますので、Realplayer のセットアップが正常にできたかどうかを確認することができます。当日の中継、デモ放送、接続手順、予定の変更などの情報は下記サイトを参照して下さい。

<http://www.saigata-nh.go.jp/saigata/syukai/qol/2003/index.htm>

この研究班では研究のテーマの一つとして「情報ネットワークを利用した難病の QOL 向上」を目指しております。この情報をお知り合いの方 (研究者のみならず、患者さんや家族を含め) にも是非お知らせ下さい。

注! 当日の中継とデモ画像の保存及び再使用は行わないようお願いいたします。

国立療養所犀潟病院 情報センター
小川 (tango@saigata-nh.go.jp)

〒949-3193 新潟県中頸城郡大潟町犀潟 468-1

厚生労働科学研究費補助金
厚生労働省特定疾患対策研究事業
特定疾患の生活の質 (Quality of Life, QoL)
の向上に資するケアの在り方に関する研究
総括・分担研究報告書
平成 16 年 3 月

主任研究者 中島 孝 国立療養所新潟病院 (現 独立行政法人国立病院機構新潟病院)
TEL : 0257(22)-2126 (代)
FAX : 0257(22)-2380
e-mail : nakajima@niigata-nh.go.jp
〒945-8585 新潟県柏崎市赤坂町 3 番 52 号

印刷 深堀印刷
新潟県上越市中央 2 丁目 9-14
TEL(025)534-2041 (代)

厚生労働省難治性疾患克服研究事業

「特定疾患の生活の質の向上に資するケアの在り方に関する研究」班

平成 15 年度 報告書 (別冊)

Diagnosis Procedure Combination (DPC)と神経・筋診療について

急性期診療・DPCにおける神経難病 QOL 小委員会編

H16 (2004) 年 3 月

厚生労働省難治性疾患克服研究事業

「特定疾患の生活の質の向上に資するケアの在り方に関する研究」班

平成 15 年度 報告書（別冊）

Diagnosis Procedure Combination
(DPC)と神経・筋診療について

急性期診療・DPCにおける神経難病 QOL 小委員会編

H16（2004）年 3 月

Diagnosis Procedure Combination (DPC)と神経・筋診療について

総論

1. 神経筋難病領域での DPC 研究の必要性3
中島孝 独立行政法人国立病院機構 新潟病院 副院長
2. DPC とは何か一質の評価と病院マネジメントの視点から6
松田晋哉 産業医科大学公衆衛生学教室
3. DPCの展開と神経難病11
伊藤道哉 東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野

各論

1. 特定機能病院における包括医療 平成16年度までの経緯20
荻野美恵子 北里大学医学部神経内科
2. 包括医療制度に関する経過報告:神経内科疾患に関して25
黒岩義之 横浜市立大学大学院医学研究科神経内科学教授
荻野美恵子 北里大学東病院神経内科
3. 特定機能病院における入院医療費包括化の神経難病医療への影響27
西澤正豊 他
新潟大学 脳研究所 臨床神経科学部門 神経内科学分野
4. DPC 導入後の神経筋疾患入院診療の変化29
熊本俊秀 他
大分大学医学部脳・神経機能統御講座(内科学第三)
5. DPC 導入と看護34
牛込三和子 他
群馬大学医学部

総論 1 神経筋難病領域での DPC 研究の必要性

特定疾患の生活の質 (QOL) の向上に資するケアのあり方に関する研究班
主任研究者 中島孝 (独立行政法人国立病院機構 新潟病院 副院長)

I. 現代医療と効率性と DPC (diagnosis procedure combination) の導入

医療における現実のアウトカム評価が不明瞭である一方で、増大する医療費に国民経済が対応しきれないのではないかと懸念から、医療の質や効率性についての批判が生まれている。難病や高齢患者が増えるにしたがい、医療のアウトカム評価は年々自明とはいえなくなっており、この問題に拍車をかけている。また、薬価に象徴される公定価格制度のもとでは医薬品や材料費の真の原価は不明であり、労働内容や技術レベルの客観評価方法が無い中では、医療費全体の原価を正しく測定することはできない。このため、現在の医療費統計などの意味もまた不明瞭といえる。さらに、入院における主原因、主病名の判断は難しく、疾病に基づく各種統計値を正確に解釈することも難しい。

医療の効率性の評価に際し、正しい原価計算とアウトカム評価が必要だが、福祉を除き、医療に限定しても医療のアウトカム評価は簡単ではない。病院診療においては退院時点で患者はある一定のアウトカムに到達するものと仮定すれば、在院日数が医療の効率性を示しうるという考え方がある。現実には在院日数はアウトカムにかかわらず、恣意的に変化可能なパラメータであるため、効率性を示すとは限らない。したがって、直接的に効率性を測定する方法論が本来必要である。

医療の効率性を評価し、疾患単位での臨床評価指標を検討するために、疾患単位を再構成しなお

すことが考えられ、米国で、医療のコスト、在院日数、アウトカムなどの点で、統計学的に意味のある疾患群の集まりとして、診断群分類がだされ、Diagnosis related group(DRG)と名づけられた。米国では DRG は医療分析と医療費の支払い (PPS) に利用されている。

日本では、診断群分類 (傷病名) のみで行うのではなく、手術・処置と合併症(副傷病名)を追加した三層構造による診断群分類コード体系が検討された。この体系を使い実際のレセプトや診療録からデータを取り、Diagnosis procedure combination(DPC)が提唱された。DPC の精度を高め、分散を低くするためには方法論的検討をすると同時に、実際に統計学的に十分な症例数のデータを計測することが必要である。実際の DPC の診断群分類の適切性と傷病名、手術・処置、副傷病名からなる定義表の妥当性を検討するためには、とりあえず、出来高払いのデータを使い、分散と正規性の検定などの解析をおこなう必要がある。診断群分類コードに基づいて医療がなされていると、各医療施設の診療内容、各種の臨床評価指標を容易に相互評価することが可能なはずであるが、その前に診断群分類コードの妥当性の検証が必要である。その上で、DPC を利用すると平均からの逸脱がすぐわかるため、それに対してフィードバックをかけられる方法が DPC といえる。たとえば平均から逸脱した際に、医療費が高い場合にのみ常にフィードバックし続ければ自然に医療費が削減するわけである。このため、DPC を医療費の支

払に利用することは医療費の直接的な抑制になると考えられる。

DPCを統計学的に精密にするためには、十分な患者数のデータを集めることが必要である。そうすることで同質の患者群が分類されているかどうかを統計学的な分析が可能である。精度をあげ、正規性を高め、分散を減らすためにはもともとエビデンスレベルの高い豊富な臨床経験によるディシジョンツリーに基づいて、診断分類樹形図などのDPC定義表を作成する必要がある。

DPCでは最も費用の必要とする診断群分類を傷病名としてあげることになっているが、実際の保健・医療・福祉の実態を分析し、対策を検討するためには本来その一段階深い原因となる疾病についての検討が必要である。それについてはDPCの体系では解析することができず問題かもしれない。

II. 神経・筋疾患や難病領域におけるDPCの問題点と研究の必要性

難病は行政レベルで定義されており、その特徴は希少性、原因不明、効果的な治療法が未確立、慢性で長期にわたる支障をきたす疾患とされている。そのなかの一部は特定疾患として認定されている。希少性、原因不明性のため診断精度に問題があるものも多く、疫学データは十分ではない。治療方法が未確立なために、アウトカム研究も十分にこなされていない。進行性で障害が重度なため、健康関連QOL尺度ではQOLを計測することが困難であるなどの特徴をもっている。

難病領域で、DPCの精度を確保するためには、疾患群コード別の症例数の確保が必要であるが、難病は希少性のために、短期間に統計学的に十分な症例数を集めることは難しい。無理に、短期間に症例数を多く集めようとすると統計学的に異なった症例を同じ診断群分類にいれこむほかなく、分散が増えてしまう（例、H15年度分類での番号94-96、免疫介在性、炎症性・遺伝性ニューロパチー、末梢神経障害）問題が生じる。難病領域では

十分な治療法が未確立で、エビデンスが得られていないためcritical pathが十分でなく、DPCの定義テーブル、樹形図の根拠となるデータは十分とはいえない。実際の難病診療では個々の症例で工夫しながら、QOLレベルの向上を研究して言っている過程と考えられる。わが国のDPCにおいて、外科処置を中心にした樹形図のもとで、特定の手術・処置が算定され、反対にある特定の処置、治療が算定されないならば、個別的な医療内容が医学的な判断よりも経済的な判断により変容されてしまう可能性がある（例、H15年度分類での番号113から119、パーキンソン病、番号94-96、免疫介在性、炎症性・遺伝性ニューロパチー、末梢神経障害）。したがって、そのような分野では疾患群コード別に出来高払いとDPCとの詳細な比較検討が必要である。

DPCは2003年から特定機能病院で運用を開始されており、2002年7月から10月に特定機能病院で収集された診療報酬明細書と診療録データをもとにしたと言われている。神経内科領域で特筆すべき問題として、免疫性神経疾患、特にAIDP、CIDPに対するγグロブリン療法の扱いに対する問題が生じた。データの収集期間が短く、症例数が多くないという難病特異的な問題なのか？γグロブリンを有効性の認められた治療法と考えなかった見落としなのか？それとも医薬品を必ず包括化するというポリシーを推し進めただけなのか？いずれにしても現実の問題となり、一部の特定機能病院ではAIDP、CIDPに対するγグロブリン治療が行われないという診療行動の変容がおき、実際の患者の不利益につながった可能性がある。したがって、今後も引き続きDPCを運用するためには、信頼性、精度をさらに向上させる努力が必要である。DPC評価自体が調整計数を経て日ごとの診療費の支払いに直接リンクしているため、この問題を早急に是正しなければ独立採算化された特定機能病院においては個別の特定の診療科の収支に極端に悪い影響がでて、病院運営の中で、特定の診療科の診療体制や個別の疾患の診療が著しく縮小されていく危険性がある。これは国民医療

にとって大変な問題であり DPC の推進においては今後も、適切な問題分析と改善が必要である。

さらに、DPC の根本的な問題として、本来、出来高払いの診療報酬明細書から実際の医療コストを算出するのは適切とはいえないことである。今後の DPC の発展方向としては、真の原価計算とアウトカム指標をもとにした方法を模索すると思われる。しかし、ここで問題となることは、難病群、高齢者群などでは実際にどのようにアウトカム評価を行うことが適切か明確でないことである。実は、難病、高齢者群では臨床評価だけではなく、QOL 評価も大変難しく適切な評価尺度はない。死に至る難病や直らない障害に対する診療内容として、Narrative based medicine が使われており、患者の価値観の動的な変更にもとづく QOL 評価が大切と言われている。しかし、そのような動的に変化する QOL 尺度はまだ、アウトカム研究としては利用されていない。しかし、難病領域や障害者領域では固定した既存の QOL 尺度を医療費の再分配の原理として使うことは一種の eugenics であり避けるべきと考えられる。

現実の救急外来、急性期病院の一般外来では、年々、アウトカム評価の難しい慢性疾患、高齢者、難病患者が多くなり、それらの患者群をどのように治療、サポートすれば良いか医療従事者にとっても患者・家族にとっても自明なものではなくなっている。このため、患者・家族の不満は日増しに増えている。

神経・筋疾患や難病領域では上述のように、現在の研究データからは、出来高払いをもとにした DPC は可能であっても、アウトカム評価を基にした DPC 構築は現時点では無理と思われ、今後、アウトカム評価としての難病の QOL の評価方法の研究と DPC が難病領域で運用された場合に実際の患者 QOL がどのように変化するかという研究を行っていく必要がある。

総論 2 DPC とは何か一質の評価と病院マネジメントの視点から一

松田晋哉 産業医科大学公衆衛生学教室

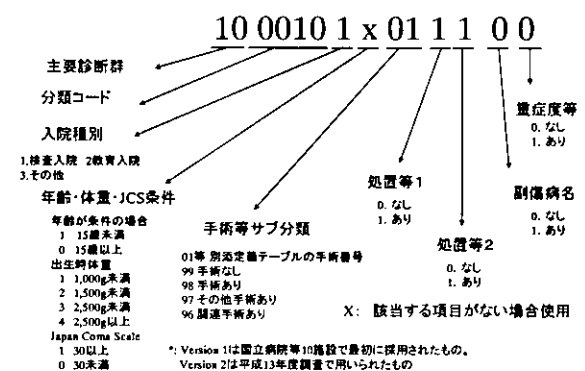
1. はじめに

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¹⁾。そして、中医協での審議を経て、平成 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設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、DPC に対する関係者の関心が非常に高まっている。しかしながら DPC を支払い方式として一般化するためには、まだ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、検討すべき課題が数多く存在しており、継続的な検討が必要であろう。その一方で DPC 本来の目的である、それを用いたマネジメントについては、今後数年間の間に DPC 対象病院を中心として多くの蓄積が行われると予想される。特に、DPC 開発に連動して標準的なコーディングマニュアルが開発されたこと²⁾、DPC を用いた種々の評価指標が開発されたこと(検討中を含む)³⁾⁻⁵⁾、患者調査のデータを用いて基本 DPC (後述) を単位とした患者数の推計が国・都道府県・医療圏の各レベルで可能であることが実証的に示されたこと⁶⁾は重要である。

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 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、後に述べるように、これが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。本稿では以上のような問題意識から DPC の概要とそれを用いた病院マネジメントおよび質の評価との関連について説明してみたい。

図表 1 診断群分類コード(version 3')の構成



2. わが国の診断群分類 DPC について

平成 15 年度から特設機能病院等で支払いに用いられている診断群分類は、平成 13 年度及び 14 年度の厚生労働科学研究で開発された DPC version 3 である。図表 1 に DPC version 3 の構造を示した。分類は 14 桁の数値から構成されている。

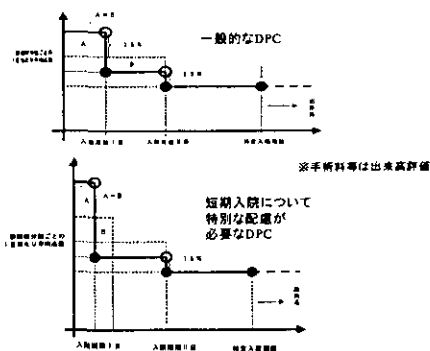
平成 15 年度は平成 14 年度に 82 の特設機能病院から収集したデータに基づいて 575 傷病 (図 1 のコード上 6 桁に相当:これを基本 DPC と呼ぶ)、2552 分類からなる DPC Version 3 が採用された。ただし、実際の包括評価に利用されたのは、最終的に全国で 20 症例存在し、かつ変動係数が 1 未満という基準を満たした 1860 分類であった。平成 16 年度は平成 15 年度のデータに基づいて精緻化が行われ、傷病数は 591 と増加したが、包括支払いの対象 1727 分類に減少している。

包括評価の対象となる患者は特設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毎に定められた 1 日当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、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、精神科専門療法等となっている。

図表 2 DPCを用いた包括評価における逓減制



診断群分類毎の 1 日当り点数は、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 パーセンタイル値（入院期間 I）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（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 日当り点数

の平均点が、1 日当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、平成 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 パーセンタイル値に設定し、従来の 25 パーセンタイル値までの加算分が、入院期間 I までで吸収されるように 1 日あたり点数の設定がされている（図表 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係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。

3. DPC 導入が医療の内容に及ぼす影響について

支払い方式としての DPC 利用の拡大は医療の内容、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⁶⁾。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。

わが国においても DPC 導入後における医療内容の変化の分析が限定的ではあるが行われてきている。例えば、橋本が循環器疾患について平成 14

年度と15年度のDPC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、確かに若干の資源投入量の低下は見られるものの、大きな変化は観察されなかった⁷⁾。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、個別のケースで行った医療行為のコストと支払額が乖離することは生ずるが、全体で見ればその差額が補正されているのである。

図表3 臨床指標の例

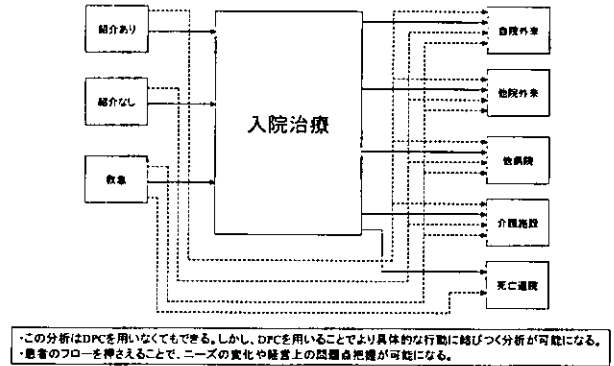
AHS(ファミリー) 高度出血の症例数 脳卒中の症例数 小児心臓手術の症例数 糖尿病大動脈症(AAA)の症例数 冠動脈バイパス手術(CABG)の症例数 冠動脈形成術(PTCA)の症例数 内臓動脈性血栓症(CEA)の症例数 入院患者に対する手術におけるインディケータ 高度出血の死亡率 脳卒中の死亡率 小児心臓手術の死亡率 糖尿病大動脈症(AAA)の死亡率 冠動脈バイパス手術(CABG)の死亡率 冠動脈形成術(PTCA)の死亡率 内臓動脈性血栓症(CEA)の死亡率 開胸術死亡率 大動脈症手術手術後死亡率 入院患者の死亡率におけるインディケータ 急性心筋梗塞(AMI)死亡率 つつ急性心不全(COPD)死亡率 急性期脳卒中死亡率 消化器出血死亡率 大腸癌手術後死亡率 肺炎死亡率 手術インディケータ 増大手術による分岐数 増大手術の増大分岐(FA) 増大手術下増大手術進行数 高齢者における増大手術率 増大手術力モデル	DPCレセプトをもとに このようなCIが作成 できる
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

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DPCが民間病院に一般化した場合にどのような行動変化が生ずるかは、現時点では予想できない。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。また、医療サービスの質を評価する指標、具体的には図表3に示したような臨床指標を設定し、それに関する情報も今後収集分析していくことが必要である。

4. DPCを用いた病院マネジメント

本稿の冒頭でDPCは病院マネジメントのツールであることを述べた。では、DPCを用いるとどのようなマネジメント改革が可能なのであろうか。以下、これについて説明してみたい。

図表4 DPCレセプトを用いた患者フローの分析



(1) DPCによる地域ニーズの把握とポジショニング

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ことがまず必要となる。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こととなっているが、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、フローの分析を簡単に行うことができる。そして、それを診療科別・MDC別・DPC上6桁(基本DPC)、あるいは紹介患者の場合は紹介元施設別ごとに分析することで、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と課題を検討することが可能となる(図表4)。

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ある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地域

内でのポジショニングを行うことが可能になる³⁾。さらにこのような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が可能になる。

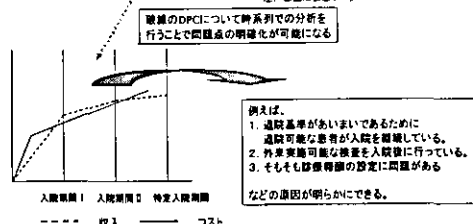
(2) DPC を用いた経営分析

今後の人口の少子高齢化と経済環境の現状を考慮すると、社会保険財政が今後劇的に改善することは考えにくい。このような状況にあって、医療技術の進歩と患者の要求水準の上昇に対応しながら、組織の健全経営を行っていくためには、適性収入を確保するために、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「原価計算マニュアル」⁸⁾を用いると部門別、患者別、DPC 別のコスト分析が出来るだけでなく、DPC ごとの収支分析が可能となる。これにより、単に売上だけを指標とする1入院あたり単価ではなく、利益を指標とした分析が可能となる(図表5)。

図表5 DPCを用いた収支分析例

DPCコード	患者数	平均在院日数	入院総床日数	入院患者総数	入院患者総日数	平均的単日単価	単日単価
10000	141	24.1	3398.1	815.33	815.33	815.33	1,230,264
10010	87	22.1	1913.7	550.81	550.81	550.81	2,237,264
10720	48	18.1	861.6	240.12	240.12	240.12	879,359
10040	25	25.0	625.0	162.50	162.50	162.50	2,750,000
10440	23	27.8	639.4	159.85	159.85	159.85	5,555.50
10180	27	29.0	783.0	195.75	195.75	195.75	471,234
10090	17	29.1	494.7	123.68	123.68	123.68	787,280
10170	13	25.3	328.9	84.73	84.73	84.73	2,000,000
10150	11	26.0	286.0	71.50	71.50	71.50	855,263
10111	10	21.8	218.0	54.50	54.50	54.50	1,010,140
10220	9	21.1	189.9	47.48	47.48	47.48	80,261
10130	8	20.7	165.6	41.40	41.40	41.40	1,224,454

注: 上記は仮定データ



5. 今後の課題

冒頭にも述べたように、支払い方式としてのDPCに関心が高まっているが、その一般化のためには、まだ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、検討すべき多くの課題がある。また、各施設の施設係数を決定するための評価指標の作成および実際のデータ収集にも

時間が必要である。その一方でDPC本来の目的である、それを用いたマネジメントについては、今後数年間の間にDPC対象病院を中心として多くの蓄積が行われるであろう。特に、DPC開発に連動して標準的なコストングマニュアルが開発されたこと、DPCを用いた種々の評価指標が開発されたことは重要であり、これにより種々のマネジメント改革が可能となる。

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⁹⁾。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、繰り返しになるが、見通しを立てることが出来るためには情報が必要であり、DPCはそのためのツールである。

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る。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手がかりを得ることが出来る。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、その存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の変革を行っていける柔軟な組織でなければならない。その意味でも、社会保険財政に余裕がない今日状況において、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では、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。

繰り返しになるが、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。現場の医療職には、自分達の努力が適正に評価されていないという思いが強くある。

しかしながら、最近のマスコミの報道は、そのような医療職の思いとは逆に、国民の不安を徒に高めているようにも見える。しかしながら、その責任の一端は、これまで国民にわかり易い形で、医療サービスの内容（プロセスとアウトカム）を示してこなかった医療サービス提供者側にもある。医療の質とそのコストを標準的な形で示すことで、対GDP比何%というようなマクロな議論ではなく、実際のコストにあった医療財政のあり方を実現する必要がある。DPCをベースとして、そのようなコストが公開されることで、適正な質の評価とファイナンスが可能になる体制を構築することが、DPC開発に携わった者としての今後の使命であると考えている。

引用文献

- 1) 松田晋哉・他(2003):「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)。
- 2) 今中雄一(2003): 医療の原価計算、東京: 社会保険研究所。
- 3) 橋本秀樹・荒井 耕(2002): 診断群分類とバランスト・スコアカード法を用いた医療の質管理の可能性について、「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)。
- 4) 信友浩一・堀口裕正(2003): 病院管理学的研究-DPCに基づく病院評価のための指標開発-、「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13年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進事業)。
- 5) 伏見清秀(2004): 平成14年度・15年度厚生労働科学研究「レコードリンケージ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。
- 6) 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 pp215-250.

- 7) 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)。
- 8) 松田晋哉(2004): DPC とこれからの医療 ⑤-DPCを用いた病院マネジメンター, 社会保険旬報, No. 2202: 12-17.
- 9) 遠山 峰輝, 堤 達朗, 田中 伸明(2003): 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新技术, 日本医療企画。

総論 3 DPCの展開と神経難病

伊藤道哉 東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野

はじめに

激変する医療制度の中で、政策医療を実践する国立病院・療養所の機能を評価する指標として、QOL (Quality of Life) の重要性が増す。今後独立行政法人として、国立病院機構の各医療機関には以前にも増して説明責任が課せられる。臨床面のみならず QOL 面さらには経済面の評価を行い、医療による QOL 回復・維持について数字を明示し、経営改善につてもベンチマーク・ガイドラインを策定運用し、インディケータによる評価を経て、妥当な医療を推進していることを厚生労働省ひいては国民に成果を明示することが国立病院機構のアカウンタビリティとなる。

東北大学医療管理学分野（主任研究者濃沼信夫）の「がんの医療経済とその研究基盤の整備に関するアンケート調査」（2003年2月，n=1808，回答率24.3%，臨床経験20.7±6.4年）で、がん医療の評価を「臨床面，QOL面，経済面の3つに分けて全体が100%となるようにそれぞれの重要度を案分」し，現状と理想について回答を求めたところ「現状」（n=1717）については，臨床面：59.0±15.8%，QOL面：26.5±12.1%，経済面：14.5±11.1%となった。「理想」（n=1703）は，臨床面：44.7%±14.4%，QOL面：35.5±12.5%，経済面：19.9±10.9%となり，QOL面が約10ポイント，経済面が約5ポイント高くなった1）。今後QOL面・経済面を重視することの必要性が窺われる。神経・筋疾患では，がん以上にQOL面の評価が重視されよう。また特定機能病院で開始された日額定額制包括評価DPCの行方も重要である。本稿では特にDPCに焦点を当て，今後の神経難病医療，政策医療の在り方に関して判断するための問題点について論じたい。

1. DPCにおける評価点数算定

わが国では，2003年4月に大学病院等特定機能病院82施設に，一日あたり定額制の包括払い方式 Diagnosis Procedure Combination (DPC) が導入された。今後特定機能病院での実績を踏まえDPCシステムに改良を加え，手上げ式で民間病院にもこの4月から導入され，臨床研修指定病院へ展開，いずれ急性期一般病院すべてに適用されるものと考えられる。

本システムは入院患者の1日当たりの保険点数を疾患別に包括評価するもので，1入院当たりの当たりの定額制である（DRG：Diagnosis Related Group：診断別関連群）とは異なる。全国82施設の特定機能病院入院基本料に適応され，2003年4月から開始された。病院によっては5，6，7月からスタートした施設もある。いずれにせよ，DPC方式では医療機関別の包括払いを原則とするので，病院ごとの報酬設定となり，病院により異なる保険点数が疾患別につくことになる。

また，傷病名を基に手術・処置・副傷病名の有無（診断群分類）に応じて，1日当たりの一定額を基本に医療費を計算する。この診断群分類は国際疾病分類ICD (International Classification of Diseases) 10の日本版に基づいて行う。575傷病（2004年4月改訂では591）を2，552の診断群に分類してあり，そのうち，年齢別，手術の有無，副傷病の有無などを基に1860項目（4月改訂では1727）を今回の包括の対象として分類している。そして，それぞれの傷病項目につき1日当たりの診療費が決まっている。主病名，副病名については表1を，参照されたい。