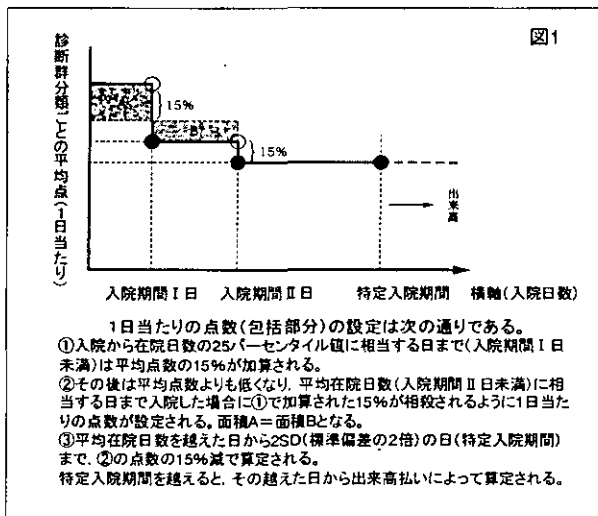


表1

- ・主傷病名
- ー退院時サマリーの主傷病名
- ・主治医が専門性の見地から最終診断としたもの
- ー入院の契機となった傷病名
- ・主治医が入院を必要と判断し、必要な治療や診療行為を投入すべきと考えた傷病名
- (疑い病名を含む)
- ー医療資源を最も投入した傷病名
- ・医療資源を最も投入した(又は診療報酬点数が最も高い)と判断した傷病名
- (判断できない場合はマンパワーの投入量を加味)
- ・副傷病名
- ー入院時併存症
- ・入院時、又は治療開始時に既に患者が持っていた病態で、主傷病の治療に影響をもたらす疾患、又は全体的な資源投入量に影響をもたらす疾患病態
- ー入院後発症疾患
- 入院後、又は治療開始後に発症した病態で、主傷病の治療に直接関連した疾患病態

診断群分類を行うためには、今回の入院において医療資源を最も投入した傷病名を確定することが求められる。「医療資源を最も投入した傷病」とは診断群分類を決定する際に最も基本となる情報で入院患者の入院期間全体を通して、治療した傷病のうち、最も人的・物的医療資源を投入した傷病である。1入院中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限る。「医療資源を最も投入した傷病」が不明な時点では、「入院の契機となった傷病」に基づいて診断群分類を決定する。

また、早期退院へむけてのインセティブが働くよう、逓減制が導入されている。DPCでは、在院日数の25パーセント値に相当する日までの短い入院に、平均点数の15%が加算される(図1、表2)。



一方、平均在院日数を越えた入院分は25~27.8%減算となる。前者は在院日数短縮のインセティブであり、後者はいわばペナルティーともい

える。したがって、各病院、診療科は一層の在院日数短縮が求められる。

表2 [1010コード: G409] 遺伝性ニューロパチーに該当するMDCとその定義

MDCコード: 010111 MDC名称: 遺伝性ニューロパチー (ICD定義: G409)
DPC 010111xxxxxx の日数・点数条件は、以下の通り遺伝性ニューロパチー(検査入院)

包括計算条件	日数条件	1日当たり点数	日数	点数合計
在院Ⅰ日未満	11	2,903.0	10	29,030.0
在院Ⅱ日未満	21	2,146.0	10	21,460.0
在院期間まで	40	1,824.0	20	36,480.0
入院期間	40	1,824.0	40	86,970.0

DPC 0101113xxxx0xxの日数・点数条件は、以下の通り遺伝性ニューロパチー 範囲2なし

包括計算条件	日数条件	1日当たり点数	日数	点数合計
在院Ⅰ日未満	9	2,732.0	8	21,856.0
在院Ⅱ日未満	17	2,019.0	8	16,152.0
在院期間まで	35	1,716.0	19	32,604.0
入院期間	35	1,716.0	35	70,612.0

DPC 0101113xxxx1xxの日数・点数条件は、以下の通り遺伝性ニューロパチー 範囲3あり

包括計算条件	日数条件	1日当たり点数	日数	点数合計
在院Ⅰ日未満	18	2,936.0	17	49,912.0
在院Ⅱ日未満	36	2,170.0	17	36,890.0
在院期間まで	79	1,845.0	45	83,025.0
入院期間	79	1,845.0	79	160,827.0

包括評価される項目としては、検査、画像診断、投薬、注射などである。このように、入院医療においては臨床検査および画像診断にかかわる費用は、包括評価の中に含まれているので、出来高払いとして算定することはできない。

まず、包括部分は下記の式で点数が算定される。

$$\text{包括基礎償還点数} \times \text{診断群分類別係数} \times \text{医療機関別係数} \times \text{入院日数}$$

なお、この点数が一患者の入院費用の平均約6割に当たることになる。残りの約4割は出来高で計算される。

計算式の各項目は以下の通りである。

- ① 包括基礎償還点数とは患者1人当たりの1日当たりの診療報酬額の平均値である。つまり全国の特定機能病院での入院患者1日における保険点数の平均したものであり、全国一律であってどの病院でも同じである。
- ② 診断群分類別係数とは診断群分類ごとの患者1日当たりの診療報酬額の平均値の基礎償還点数に対する比率である。つまり、先に述べた診断群分類につき、1つずつに係数が決まっている。これも全国一律である。これは入院日数により異なる。この入院日数による計算方法はここでは省略する。

③ 医療機関別係数については前年度の医療費の実績および医療機関別の評価に基づき設定する、1つ1つの医療機関ごとに定められる係数である。つまり、唯一病院の努力で変えることのできる係数である。医療機関別係数は〔病院機能評価係数+調整係数〕で計算される。ここでいう病院機能評価係数は特定機能病院に相応しい機能を規準に算定されるとされる。また、調整係数は前年度の実績を担保するための係数である。

当面、DPCの各項目の点数、医療機関別係数は前年度の一定期間（7～10月）における実績（出来高払いで計算）に基づいて決定される。この方式では、経営不振にある病院が、にわかに検査、投薬、処置を減らして大きな利潤を上げて、翌年には医療機関別係数が下方修正されるので経営改善には直結しない。この4月からの調整係数で、最高は慶應大学病院1.1817、最低は名古屋大学病院0.9676である。

従来の出来高払いとの関係であるが、外来診療は出来高払いとなる。その他、入院後24時間以内の死亡患者や、治験の対象患者、臓器移植患者、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算定対象患者、その他、厚生労働大臣が定めるものについては包括されずに出来高払いとなる。臨床検査については、入院に先立って検査を外来で実施した場合は、包括されず外来分として出来高払い算定ができる。また、超音波内視鏡検査の加算点数も出来高払いで算定することができる。包括評価の対象患者について特定入院料にかかわる加算を算定している期間においては、その期間中に実施した心臓カテテル法による諸検査、内視鏡検査または診断穿刺・検体採取料は出来高払いとして算定することができる。入院期間が各DPC分類に定める入院期間（平均在院日数+2SD(=2×標準偏差))を超えた場合は出来高払いとして算定する(図1)。

このような包括払いへの激変の中で、DPCに関して正確な知識を持ち、自院のデータに基づいた

戦略を展開してゆくことがあらゆる医療職に求められている。

2. DPCのメリット・デメリット

札幌医科大学医学部放射線医学講座・講師、藤森研司医療情報企画室・室長は、DPC導入の責任者の立場から、導入後の変化について、2003年秋の日本病院管理学会のDPCに関するシンポジウムで以下のように指摘している。

「最後に当院の導入後の変化をまとめると、

- ・医師が診療の収支や費用対効果を意識し始めた
 - ・新たな視点で医薬材料の見直し
 - ・収支の把握が急務であり、システム一新計画に着手
 - ・少なくとも平均在院日数で全国を意識
 - ・医事・医師・システム開発の連帯感の形成
 - ・中央部門の協力（“包括だから仕方がない”）
 - ・同僚評価、臨床研究のプロトコール管理の必要性が意識された
 - ・無縁であった厚労省、中医協の動向を注視
- このあたりが包括評価の予想外のメリットであったようだ。」

一方、デメリットについては、

「包括評価の仕組みは研修医にいたるまで十分に周知されているが、もともと採算を考えた医療を行う習慣がないので、大きな変化がないものと思われる。また臨床研究に熱心なあまり、一部の疾患群ではかなりの持ち出しになっており、担当者としては当惑している。

一方で、費用対効果に対して主治医にも確信の持てない医療行為は控えられる傾向はあるようだ。「もう一步詰めよう」、「もう一度同じ検査で再確認しよう」と言うような医療は踏み出し難くなっている。この部分を粗診粗療と言われてしまふと困惑を感じるが、出来高払いでは行い包括評価では行わないとすれば、問題があるかもしれない。一部では教授回診時の指導にも若干の変化があり、費用対効果を考えるようになってきているらしい。」²⁾

初年度の経済評価については、おおむね良好、わずかに増収等の傾向がみられるようであるが、それは、図に示したような、平均在院日数の25%タイル以内の早期退院に関する15%の加算による場合が大きいと判断される。

加算はいずれ無くなると考えられるので、今後の成り行きをしっかりと見定める必要がある。施設ごとの詳細データは、厚生労働省からはセキュリティーや、個人情報保護の観点から開示される可能性はない。そこで、具体的な状況が推し量れるような例を抜粋引用する。東北大学の15年度の医療機関別係数は0.9934である。入院時医学管理量加算係数0.0103, 紹介外来加算係数0.0257, 紹介外来特別加算係数0.0086, 調整係数0.9488の合計である。ちなみに当初調整係数は、東北大学は下から2番目であった。

東北大学は6月1日にDPCを導入した。6月、7月は新入院患者が対象であり、8月以降は6月以前に入院していた患者も含めて全患者が対象となった。

「変化の一例を見てみると整形外科病棟(62床)の7~9月における診療報酬の状況であるが、同一期間における諸係数(括弧内は前年係数)は入院数144(151), 退院数140(142), 延べ入院数4,932(5,138), 病床稼働率90.43%(93.13%), 平均在院日数33.92日(34.12日), 平均入院稼働額67,241,361円(59,593,841円)であった。

9月のDPC対象患者は85例中73例(86%)であった。DPC対象患者の6~9月分では、従来の出来高で18,891,265点、DPCで18,819,515点であり、差は-71,750点であった」3)。

3. DPC 診療報酬改定

この4月の診療報酬改定において、DPC関連で見直された点(追加された点)は次の通りである。

(1) 診断群分類の見直し

見直し前		見直し後
575 疾患	→	591 疾患

1860 診断群分類(告示) → 1727 診断群分類(告示)

(2) 一日当たりの包括評価の診療報酬点数:

2718 点/日

(3) 対象患者: 生後7日以内の新生児の死亡を除く。

(4) 出来高評価: 選択的動脈造影カテーテル手技, 病理診断, 病理学的検査診断。

(5) 診断群分類毎の1日当たりの点数: 悪性腫瘍に対する化学療法等の短期入院において、25パーセントイル値までの15%加算を5パーセントイル値までに繰り上げて加算し算定する。

(6) 医療機関別係数: 臨床研修病院入院診療加算(30点)等を係数に取り入れる。

【要件】:

1. 単独型臨床研修病院, 管理型臨床研修病院の指定を受けた病院及びこれに相当すると認められる大学病院のうち, 現に研修医が研修を行っている病院を対象とする。(ただし, 経過措置の対象となるものは除外)
2. 診療録管理体制加算を算定していること。
3. 研修医の診療録の記載について指導医が指導・確認する体制がとられていること。
4. 保険診療の質の向上に資する観点から, 加算の対象病院においては, 全職種(医師, 看護師, その他医療従事者, 事務関係者)が参加する保険診療に関する講習を年2回以上実施すること。
5. 一定数以上の指導医がいること。

さらに今後, より具体化される見直しについては,

- ① 重症度による分類の精緻化
- ② 合併症による分類の精緻化
- ③ 抗TNF抗体, 大量γグロブリン療法などの高額な薬剤・医療材料等への対応, などである。

ちなみに, ③については, 日本神経学会DPC委員会(黒岩義之委員長, 横浜市立大学教授), お

よび、「特定疾患患者の生活の質（QOL）の向上に資するケアの在り方に関する研究班（中島孝主任研究者，国立病院機構新潟病院副院長）」において議論された内容である。

4. DPCの展開

厚生労働省保険局医療課は，現行特定機能病院82施設の次にDPC導入が検討されている92施設へのDPC手上げ方式の説明会を2月19日に行い，2月20日の17時にはDPCを導入するかどうかの判断を各施設へ求めていた。92施設の内，国立病院は次の通りである。

このうち

4月導入は，4施設（波線）にとどまり，全国社会保険協会連合会の施設のうち6月導入を目指している施設が少数，D.R.G.試行10病院では国立豊橋病院が導入しないことを表明している。4月23日の官報告示では，4月導入の4施設以外の，二重線のアンダーラインを付した病院が7月までのDPC導入予定となり，合計51病院がDPC試行参加予定となっている。

【国立病院等D.R.G.試行10病院】

国立病院機構仙台病院，国立病院機構千葉病院，国立病院機構埼玉病院，国立豊橋病院，国立病院機構南和歌山医療センター，国立病院機構神戸医療センター，国立病院機構岡山医療センター，国立病院機構九州医療センター，岐阜社会保険病院，健康保険諫早総合病院

【2001年4月から参加したD.R.G.試行施設54病院】国立病院機構栃木病院，国立病院機構大阪南病院，国立病院機構呉医療センター，国立病院機構熊本病院，医療法人禎心会病院，手稻溪仁会病院，恵み野病院，日鋼記念病院，新日鐵室蘭総合病院，網走脳神経外科病院，本荘第一病院，竹田総合病院，筑波記念病院，沼田脳神経外科循環器病院，富士重工業健康保険組合総合太田病院，埼玉共同病院，埼玉社会保険病院，戸田中央総合病院，亀田総合病院，中野総合病院，慈生会病院，

河北総合病院，練馬総合病院，公立昭和病院，福井県済生会病院，北信総合病院，佐久総合病院，聖隷浜松病院，総合大雄会病院，大雄会第一病院，トヨタ記念病院，康生会武田病院，洛和会音羽病院，橘会東住吉森本病院，蒼竜会井上病院，きっこう会総合病院多根病院，松下記念病院，大阪中央病院，若草第一病院，医真会八尾総合病院，赤穂中央病院，島根県立中央病院，岡山旭東病院，倉敷中央病院，土谷総合病院，萩市民病院，明和会田蒔病院，福岡記念病院，聖マリア病院，飯塚病院，野口記念会野口病院，サザン・リージョン病院，中頭病院，浦添総合病院

【下記57施設ある全国社会保険協会連合会の施設】

札幌社会保険総合病院，北海道社会保険病院，宮城社会保険病院，仙台社会保険病院，東北厚生年金病院，秋田社会保険病院，社会保険二本松病院，宇都宮社会保険病院，社会保険群馬中央病院，埼玉社会保険病院，社会保険大宮総合病院，社会保険船橋中央病院，千葉社会保険病院，社会保険中央総合病院，社会保険都南総合病院，社会保険蒲田総合病院，城東社会保険病院，社会保険横浜中央病院，川崎社会保険病院，社会保険相模野病院，社会保険山梨病院，社会保険鉾沢病院，社会保険高岡病院，金沢社会保険病院，福井社会保険病院，社会保険高浜病院，岐阜社会保険病院，社会保険桜ヶ丘病院，三島社会保険病院，社会保険浜松病院，社会保険中京病院，中村（診療所），四日市社会保険病院，社会保険滋賀病院，社会保険京都病院，星ヶ丘厚生年金病院，淀川（診療所），福島（診療所），長堀（診療所），社会保険神戸中央病院，奈良社会保険病院，社会保険徳山中央病院，社会保険下関厚生病院，健康保険鳴門病院，社会保険栗林病院，宇和島社会保険病院，高知（厚生年金病院），健康保険直方中央病院，社会保険久留米第一病院，佐賀社会保険病院，社会保険浦之崎病院，健康保険諫早総合病院，健康保険人吉総合病院，健康保険天草中央総合病院，健康保険

八代総合病院，健康保険南海病院，宮崎社会保険病院

【株式会社】日立製作所日立総合病院，東芝病院，マツダ病院

【自治体病院】公立井波総合病院

手上げ方式による試行（急性期医療に係る診断群分類包括評価の試行適用，2004年4月～2006年3月まで）についてであるが，下記の一定基準を満たす施設が対象となる。

- ①DPC 制度に対して協力する意思のある医療機関
- ②DPC 該当データが病床比で概ね 3.5 以上

たとえば 400 床の病院から 7 月～10 月の 4 カ月で収集されたデータのうち，分析可能なデータ数が 1830 件であった場合，データ/病床比は以下の通りとなる。

データ/病床比： $1830/400=4.6$

- ③DPC 該当データの質が確保されていること

たとえば臨床病名と ICD10 の傷病名との照合，コーディングの正確さ包括評価の見直しに必要な診療行為詳細情報（E，F ファイル）の提出，など

これらを一年ごとに中医協基本問題小委員会に報告する必要がある。

施設基準がらみでは，

- ① 看護体制 2：1
- ② 診療計画策定体制 入院時に原則として全患者に対して関係職種が共同して計画を策定し，患者に説明できる体制にあること。
- ③ 病歴管理体制：退院時記録等の作成など適切な病歴管理体制を有していること。病名の ICD10 へのコーディングが可能であること。
- ④ レセプトデータの管理体制：レセプトデータを電子データとして提供できる体制にあることが望ましい。

そして今後は 2 年間の試行終了後，臨床研修指定病院（1391 施設，2003 年 11 月 28 日

現在，2 年後には恐らく 1500 施設）への全面適用（もしくは手上げ方式）という展開がなされるのではないかと考えられている。

小生の予測するところ，一般病院のうちのかつてのいわゆる主病院，単独型・管理型臨床研修病院約 500 施設と，既に DPC が導入されている特定機能病院 82 施設（大学病院 135 施設）については，例外なく適用，その他の協力型臨床研修指定病院は手上げ方式というやり方もありうる。

民間病院への展開については，取り組みに積極的な施設からのコメントが発表されている。今後の参考のために，長文ではあるが一部抜粋して引用する 4）。

1) 日本病院会・西村昭男理事（日鋼記念病院理事長）

急性期の病院は平均在院日数が短くなり，病床利用率が低下する。いずれは DPC に一本化し病床削減（私が理事長を務める）日鋼記念病院では 4 月から DPC を始める。DPC は単なる包括払い方式ではなく，これにより病院間で平均在院日数や治癒率，再入院率などのベンチマーキングができる。それが質の向上につながる。DPC を導入するに当たり，地域住民に支払制度が変わったことを説明しなければならない。それが一番大事だ。大変だったのは，診断群分類をつけるのは医師の本来業務であるという意識改革をしなければいけなかった点だろう。民間病院は 2 年間の試行という形だが，2 年終わったから止めるということはないだろう。要件が厳しいので安易には拡大しないが，将来的には三次医療を担う急性期病院は DPC の枠内に収められると思う。DPC と出来高払いが両立しているのは合理的ではないのでいずれは一本化されると思う。一般病床はいま 90 万床。当初は 60 万床くらいが適正という目標があったので，この仕組みの中で約三分の一の病床は減っていくのではないかと。

2) 急性期病院はDPCを選択すべき
若草第一病院・土井生資経営担当副院長

私どもは230床の民間中小病院。そういう病院がDPCに手を挙げるとするのはインパクトが大きいのか、他の病院からよくDPCに関する相談を受けるが、選択した方がいいと皆さんに申し上げている。

シミュレーションしDPC参加を決定

参加を決めるに当たり、昨年12月分のデータを基に出来高払いと比較するシミュレーションを行った。まず、出来高だと今回の改定で0.9人(月350万円)のマイナスになる。一方、DPCに置き換えるには医療機関別係数を定めなければならないが、まだ厚労省から通知がないので仮に1とすると1.88(670万円)、0.96だと0.42(150万円)のプラス。つまり、係数がどうなるかで大きく変わってくる。係数が生命線だ。これが決まらない時点で手を挙げるのは賭けに近いが、決め手は簡単。今回の改定概要の基本的考え方にDPCを重点的に評価すると謳われているからだ。私が考えるDPCの最大のメリットは保険の査定減点。薬の適応外使用と同じで、包括だとチェックしようがない。いま一番減点されるのは薬、検査、レントゲンの三つで、それがなくなるのなら、改定がプラスマイナスゼロでもいい。究極的には、その分と、DPCに参加するための初期投資(レセプト請求システムや人件費)との天秤だと思う。5年以上前からクリティカルパスを導入し、入院医療の効率化を図ってきた。DPCもその流れ。DRG試行調査にも参加したが、他の病院と比較できるので問題点が明らかになり、マネジメントに活かせる。急性期を選択した病院の中で、今後はDPCに参加する病院と参加できない病院に分かれていくと思う。院内の体制が整わず参加できない病院は、自然淘汰される恐れがある。

DPCにも問題ありDRGの検証継続を

ただ、私は最終的にはDPCには反対。本当はもっと短くできて、点数が下がるまで入院させておくということがあるのではないかと。点数の根拠は集めたデータを割っただけで、原価、国公立と民

間の違い、地域性等も考慮されていない。何もかも包括のDRG/PPSの方がすっきりしている。DRGの検証はぜひ続けてほしい。

5. DPCへの対策—データ管理が要

DPCより全国のすべての特定機能病院の診療のデータが厚生労働省にIT化された形として蒐集される。それによって今まではっきりしなかった特定機能病院の詳細が分析可能となる。現在これを行うのは、松田晋哉教授(産業医科大学)を班長とする「急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究班」のみである。特定機能病院詳細データを分析した結果をどう開示するかが今後の大きな課題である(5,6)。

質の高い医療を提供するシステムとして、DPCデータの活用が重要であるが、電子データとしての開示は厚生労働省からは当面あり得ない以上、病院間で相互にデータを提供し合い、分析結果をお互いに活かしあうシステムを早急に構築してゆく必要がある。そのためにも、診療情報管理士の活用こそが喫緊の課題である(7)。

おわりに—アカウントビリティーの強化

患者は、DPCの仕組みについて説明を受けると、自分の主傷病名について調べ、その疾患であることをいち早く知ることができるようになっていく。たとえば金沢大学の《DPC検索Webの更新/金沢大学医学部附属病院医療情報部》平成16年度版DPC定義検索・確認ツール(標準病名集Ver.2.21準拠)等(8)により、自分の病名について詳細な情報を得ることができる。

個々の傷病名の下に細かい疾患病分類があり、さらに手術のサブ分類、副傷病名の有無、補助療法の有無についてコードにより分類する(表2に遺伝性ニューロパチーの検索画面を示す)。詳細については、別項を期すが、あらためて重要と考えられるのは、このシステムが、主病名、副傷病名に分類するところから始まり、その中には「遺伝性」45疾患、「家族性」46疾患が含まれていることである。

主治医をはじめとして、医療側が、十分な情報の提供に関して、今まで以上に積極的かつ遺伝性疾患としての配慮をしてゆかなければならない状況が展開している。今後、遺伝性、家族性ということを知って、様々に悩み苦しんだり、DPCの傷病名を患者が正直に申告することで、不利益が発生する可能性も否定できない。

したがって、DPC導入に伴う、特に難知性、遺伝性の疾患に関しての、情報提供の在り方、相談体制についても今後議論を深める必要がある。

さて、厚生労働省国立病院部は去る2月24日、4月創設の「国立病院機構」の5カ年目標案(2004～2008年度)を作成し、独立行政法人評価委員会・国立病院部会へ提示した。

診療事業の目標は次のとおりである。

- ① セカンドオピニオン制度の実施
- ② 患者満足度調査の毎年実施
- ③ 救急医療・小児救急医療の充実(受入患者数10%以上増加)
- ④ クリティカル・パス活用(年間約11万件を50%以上増加)
- ⑤ 病診連携・病病連携の推進(紹介率36%、逆紹介率19%を各5%以上引上げ)

一方、業務運営効率化の目標は次のとおりである。

- ① 一般管理費10%以上節減
- ② 材料比率や人件費率などの抑制
- ③ 医薬品などの購入価格や設備投資の抑制
- ④ 業務運営コストの節減。

DPCの導入が、診療面・業務運営面ともに目標の達成にプラスに働くであろうと考える方々は決して少なくはないであろう。しかし、政策医療とりわけ、神経難病医療が、DPC導入により質的に向上するのか、患者満足度はどうなるのか、業務運営コストの節減につながるのか、しっかり検証してゆく必要がある。

引用・参考文献/URL

- 1) 濃沼信夫：がんの医療経済、新しい診断と治療のABC14/消化器2 胃癌, 211-222, 最新医学社, 2003.
- 2) 藤森研司：特定機能病院はDPCによってどう変わったか；病院管理 Vol.40 Supplement, 臨時増刊号(通巻162巻), 85-88, 2003年8月.
- 3) 国分正一：大学病院における診療報酬とDPC, 整形・災害外科 46 : 1563-1568, 2003.
- 4) 日本医事新報, No.4174, 2004年4月24日, p.16
- 5) 松田晋哉 編著：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, 2003年8月
- 6) 「急性期入院医療 診断群分類を活用した調査研究」研究班のホームページは：
<http://www.jdtg.gr.jp/index1.html>
- 7) 松田晋哉, 坂巻弘之：日本型疾病管理モデルの実践, じほう, 2004年3月
- 8) 日本診療録管理学会 生涯教育委員会 編：診療情報管理士の生涯教育2003, じほう, 2003年9月
- 9) 《DPC 検索 Web の更新/金沢大学医学部附属病院医療情報部》診断群分類・包括評価 (DPC) 関連資料 (公開版) [2004/04/20]
<http://web.hosp.kanazawa-u.ac.jp/DPCchk/>
および,
<http://web.hosp.kanazawa-u.ac.jp/DPCchk/DPCchk2004/mdcdef.asp>
これは、現在最も有用なサイトである。

その他のDPC関連サイト

- ・ DPC (Diagnosis Procedure Combination) . DRG (Diagnosis Related Groups) 研究会
http://yokohama.cool.ne.jp/medical_record/00.htm
- ・ 平成15年奈良県臨床衛生検査技師会 勉強会資料：DPC(診断群分類)とクリティカルパスについて

<http://naraamt.or.jp/Academic/kensyuukai/DPC/kensyuu01.html>

- ・ 診断群分類 WG リーダー 矢野亮治:特定機能病院における包括評価状況報告

<http://www.jahis.jp/site/houkoku/events/gyoumuhou/h15gyouhou/genkou/2-3%E3%80%80DPCwg.pdf>

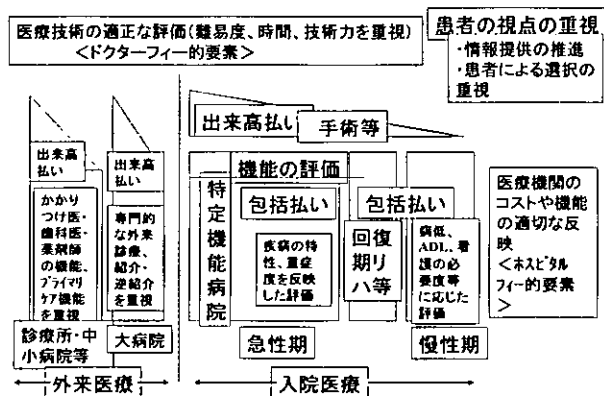
各論 1 特定機能病院における包括医療平成16年度までの経緯

荻野美恵子 北里大学医学部神経内科

はじめに

日本は人類がまだ経験をしたことのないスピードで高齢化が進んでおり、ご承知のとおり、このままでは日本の医療経済は破綻を免れない状態です。このような状況のなかで、国は質をおとさず効率よく国民皆保険を維持しようとしています。具体的には限りある資源を有効に再分配しようというもので、そのために、包括払いという制度が導入されています。そして今年から全国82の大学病院を中心とした特定機能病院にて診断群分類ごとの包括医療が開始されました。この包括払いは数年うちに多くの病院の入院支払いに導入されていくことになっています(図1)。

図1 診療報酬体系の基本的考え方



包括医療をするためには、あるまとまりとして疾患を捉える診断群分類が必須ですが、これは医療の質や量を比較・分析しやすくするためです。診断群分類自体は単なる分類ですが、それを支払い単位として捉えるために包括医療に必要なものとなっています。そのため、診断群分類はそこに含まれる疾患がほぼ均一の資源を投入されるものでなければなりません。欧米では一入院あたりで包括するため、極力入院させないで治療する方法が選択され、弊害もあるとききますが、今のところ日本では一日あたりで考えており、欧米のDRG-PPS (Diagnosis Related Group-prospective

payment system) と区別して DRG-DPC(Diagnosis Procedure combination)とよんでいます。

実際の分類の構造はまず、大きなくくりとして疾患をまとめて傷病名をつけ、そのなかで、医療処置の有無、合併症の有無により3層構造として分類し、それぞれの組み合わせにコードをつけ、必要に応じた係数をかけるというようにできています。(図2・3)

図2 診断群分類について

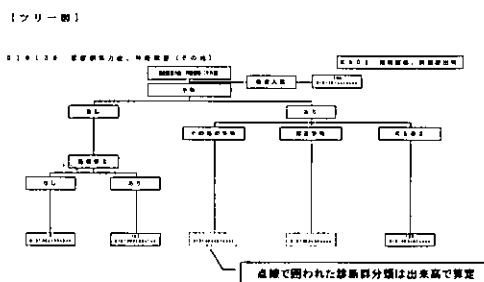
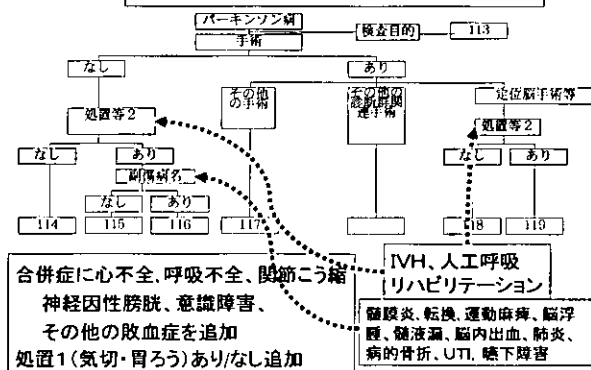


図3 113~119 パーキンソン病



平成15年度のDPC施行までの作業過程ですが、平成13年度に各学会も参加して、すべての疾患を分類してグループ(コード)化し(図4)、平成14年度にそのコードに属した症例で実際にかかった出来高コストを調査して平均化し、保険点数にしました。さらに、病院間で検査設備等の格差があることも事実なので、病院係数をかけ、在院日数も短いほど高い点数となるように設定

しています。(図5)つまり、病院経営上はすぐにベッドがうまるなら同じ疾患の治療であれば早く退院させた方が収入がよいということになります。

図4 診断群分類コードの構成

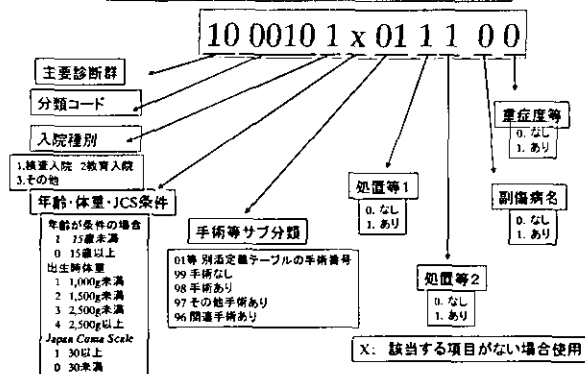
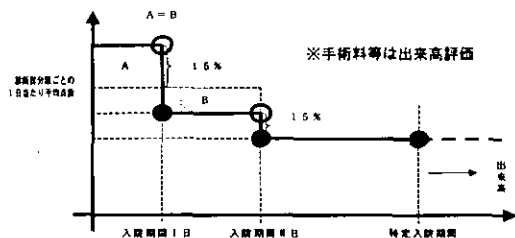


図5 在院日数に応じた評価のイメージ



神経学会も当初よりさまざまな問題点を予想し、提案をしてきました。すなわち、今回はあくまで急性期病院での導入を前提とするが分類自体は急性期病院以外に拡大されたときにも使用されるであろうこと、学問的な分類よりも資源や手間のかかり具合の均一なものをまとめること、その際、特に高額医療については特別に検討が必要であること、手間のかかりぐあいとして重症度を加味すべきことなどを主張してきました。しかし、平成14年度の試行時まで厚労省にこれらの項目を十分に検証する時間的余裕がなく、事前に指摘していたにも関わらず高額医療を区別して調査していなかったため、特に免疫グロブリン大量療法が事実上カバーされていない状態となってしまったのです。厚労省は短期間に大量の情報を処理しなければならない状況の中で、神経疾患

に免疫グロブリンが保険適応となっていないと勘違いしていました。神経内科のみでなく各科から従来の保険適応と比べての矛盾点が指摘されていますが、免疫グロブリンも、そのような項目のひとつに入ってしまったわけです。これに対して神経学会としてもできるだけ主張をした結果、MSのインターフェロンや各種疾患における人工呼吸療法等については改善していただけました。

しかし、今回の特定機能病院におけるDPC導入にあたり、点数を決める段階で参考とした平成14年度の調査に反映できなかった項目については点数をつけようがなく、結果的に分析のうえで免疫介在性ニューロパチーと遺伝性ニューロパチーがひとくくりとなり、従来CIDPやGBSで保険適応となっていた免疫グロブリンを使用する症例を分けることができませんでした。ニューロパチー全体で平均化された点数では、免疫グロブリンを使用して5日間で退院させた場合約100万円、7日間で約90万の赤字となり、血漿交換療法も疾患によってはまかなえない状態となっています。平均をとっているため、実際よりも赤字になっている症例もいるはずですが、病院経営厳しい中巨額の赤字を覚悟で治療選択しなければならない状況となっています。ただし、厚生労働省としては、あくまで平成14年度の調査結果から出したコストのため、赤字が出ている分どこかで黒字になっているはずであること、平成15年から導入とはいっても試行期間であり、さまざまな問題が起こったときに病院側に迷惑がからないように、全体として平成14年度より黒字になるようにコストを設定していること、そのため、いまのところ包括導入しても病院全体としては2~4%の黒字になっていると説明されています。病院経営陣や部門責任者がこれらの点を考慮して神経内科の赤字を問題にしない病院はよいのですが、必ずしもそのような病院ばかりではないようです。中には本来は特定機能病院での診療が望ましいと考えていても、包括導入されてい

ない関連病院へ紹介したり、本来は入院診療で行っていた高額医療を外来診療で行っている施設もあると聞きます。このようなことはリスクを考えると患者さまにとって決して好ましいこととは思えません。

この状況に対し、神経学会として要望書等で正当な理由とともに改善を要求し続けており、中央社会保険医療協議会への答申をだす実際の検討機関として設定された診療報酬調査専門組織、DPC 評価分科会に神経学会の主張をアピールすることを行ってきました。

平成 15 年度に指摘された様々な問題を加味して調査が行われ、そのデータに基づいて平成 16 年度に改定がありました。平成 16 年度のカテゴリはほぼ神経学会が提案したものと一致し、今回は免疫グロブリン等の高額医薬品の使用の有無を含めて調査し、処置 2 の対象治療として指定されたため、使用している群としていない群にわけて点数を出しています。さらに同じ処置 2 の中でもこれまで指定されていた人工呼吸管理・リハビリテーション・中心静脈栄養と区別して高額医療が指定されたことでより現実に即した内容となっています。

さらに引き続き、合併症を多くあげすぎて、かえって、コストを反映できない状態となっているため、どの合併症を残すのが妥当か（コストのかかる合併症はどれか）の調査や、重症度について ADL でコストに差が出るかを検討していただいています。

また、免疫グロブリン大量療法や血漿交換などは症例によっては繰り返し用いる必要があり、一回の処置が高額になるため、多くの患者を平均化した点数ではまかなえない状態となります。やはり、外科治療の手術と同様に、限られた症例に用いられる高額医療は包括外にして出来高とすべきであると考えており、そのように主張しておりますが、この点についても今後中医協で検討することになっています。

下記にまとめたとおり平成 16 年度は大きく改善されましたが、現在の調査だけでは解決できな

い問題として、現在の調査はあくまで、従来の出来高との比較でしかなく、これまでの保険診療で認められていなかったものは全く反映されません。これまでの保険診療の考え方は、かかったもののコストは反映されやすいが、人の手間や技術料に関してはあまり考慮されてきませんでした。例えば重症度や介護度、痴呆の有無に応じた手間の係り具合やインフォームドコンセント、神経難病の緩和医療、遺伝子カウンセリングなどは、これまでの保険でも正当に評価されていなかったものです。また、新しい高額治療が導入されたときにどのようなコストになるのかなどはまったくわかっていません。これらの一部は前述の調査専門組織でも検討する予定となっていますが、問題提議をしていく必要があります。

このような現状のなかで今後神経領域として行わなければならないことは手間の係り具合を納得させるデータを集めることです。支払い側委員も主張する中医協の場で、感覚的に大変であると主張しても納得されません。手術難易度や手術件数で評価がしやすい外科領域と違って、内科領域は大変さを数量化することが困難です。現在、内科系学会社会保険連合、いわゆる内保連で医師の手間のかかり具合を評価にとりこむドクターズフィーの評価方法について検討していますが、なかなか難航しています。内科のなかでも治療手技の沢山ある科とそうでない分野では評価の仕方もかわってくるからです。例えば、ALS のインフォームドコンセントなど全く違ったストレスを、どのように数量化するかなどを考えなければなりません。

当院では看護仕事量の比較検討をしておりますが、神経内科病棟の手間のかかり具合は保険診療上は全く正当な評価を受けていません。たとえば単純に看護師のかかわる時間で費用計算すると ALS の場合、診療報酬でカバーされるのは 2, 3 割です。今後のデータの集積方法としては、看護料だけでは不十分で、各疾患の入院モデルコース、標準パスのようなものを想定し、そこにかかる物的、人的資源のコスト計算を提示していくことが必要と考えています。

また、現在の DPC の概念を神経難病が多く入院している病院に当てはめたときの弊害はないのかということも前もって検討し、予想される問題については主張していかねばなりません。長期入院になっても医療処置の多い神経難病は通常の療養施設よりもはるかにコストがかかります。医療の質を落とさずにすむように、モデル病院において独自のシミュレーションが必要と考えます。

また、現在行われている DPC 導入前後の診療に与える影響も検証する必要があります。他にも、神経難病の緩和医療や遺伝カウンセリングも診療報酬上評価をうけていません。欧米では緩和ケア病棟に神経難病患者さんがいることは当たり前のこととして扱われていますが、日本では緩和ケアは末期がん患者およびエイズ患者のみに認められ、神経難病ではコストがとれません。必要性をアピールしていく必要があると考えます。混合診療が認められていない中、遺伝カウンセリングは私費請求もできず、ほとんど持ち出しの状態です。このままではようやく芽生えた遺伝診療部も存続するのは困難です。

これらのことは病院の経済効率のために主張するというよりも、経営できない状態になったときに患者さまの行き場がなくなるという意味で危機感を持っています。試行期間のここ数年以内に十分に検討し、具体的な提案を行っていないと、数年後の神経内科領域、特に難病医療に問題が残るのではないかと危惧しています。多施設、他部門で協力しあって、医療者側からみたあるべき医療システムを提案していく必要があると考えます。

DRG/DPC 平成 16 年度版改正点 神経内科領域 MDC1

1. 平成 15 年度の最大の問題はギランバレー症候群、CIDP 等に免疫グロブリン大量療法 (IVIg) が事実上コストが反映されなかったことであった。神経学会としてこの点につい

ては特に強く要望し、平成 16 年度は少なくとも「遺伝性ニューロパチー」と「免疫介在性・炎症性ニューロパチー」が別分類となり、処置 2 に IVIg が加わったことで、大幅に改善した。

2. 神経内科領域で用いる高額免疫療法 (IVIg、PE、INF 等) に対する配慮

「多発性硬化症」、「脱髄性疾」、「免疫介在性・炎症性ニューロパチー」、「重症筋無力症」において処置 2 のなかに含まれるようになり、さらに、同じ処置 2 のなかでも人工呼吸器、リハビリ、中心静脈注射と免疫療法を分けてコードされた。このことにより、より出来高に近い診療報酬となった。

3. 不随意運動等に用いるボトックス療法についての配慮

「不随意運動」、「ジストニー」において処置 2 にボトックスが加わり、さらに、同じ処置 2 のなかでも人工呼吸器、リハビリ、中心静脈注射と免疫療法を分けてコードされた。このことにより、より出来高に近い診療報酬となった。

4. 神経内科領域において用いる透析療法に対する配慮

「脳脊髄の感染を伴う炎症」、「中毒性脳症」、「中枢神経系感染症」において血漿交換療法が認められ、処置 2 のなかにふくまれるようになり、さらに、同じ処置 2 のなかでも人工呼吸器、リハビリ、中心静脈注射と免疫療法を分けてコードされた。このことによりより出来高に近い診療報酬となった。

5. 分類の変更として「結核性髄膜炎、髄膜炎」および「プリオン病」が「脳脊髄の感染を伴う炎症」から別分類となり特殊な感染防止の配慮について診療報酬に反映すべくコスト計算していく素地ができた。

6. 多くの分類で副傷病のありなしの分類が割愛されていたが、特に合併症の多い疾患については副傷病ありなしのコードがついた。

各論 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

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

[厚生労働省政策医療診断群分類調査研究班（神経内科班・班長）]

荻野美恵子 北里大学東病院神経内科

厚生労働省政策医療診断群分類調査研究班班長としての立場から、2002年10月から2004年1月にかけて包括医療に関する要望書が厚生労働省保険局医療課に向けて、計5回にわたり提出された。

包括医療制度発足（2003.4.1.）前に提出された3回の要望書（2002.10.31., 2002.12.15., 2002.12.25.）の骨子は以下の通りである。

[1] 補助療法のコード化をしてほしいものとして、1)免疫グロブリン療法（ギラン・バレー症候群、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎）、2)インターフェロン・ベータ療法（多発性硬化症）、3)インターフェロン・アルファ療法（HTLV-I関連脊髄炎）、4)ボトックス療法（痙性斜頸、顔面痙攣、眼瞼痙攣）、5)イノシンプラノベスク+インターフェロン療法（亜急性硬化性全脳炎）6)人工呼吸器療法（重症筋無力症、筋萎縮性側索硬化症、髄膜脳炎など）をリストアップした。

[2] 合併症リストのコード化をしてほしいものとして、肺炎、嚥下障害、消化管出血、じょくそう、DIC症候群、悪性腫瘍、腸閉塞などをリストアップした。

[3] 感染症のコード化をしてほしいものとして、HIV関連疾患、結核性髄膜炎、プリオン病、髄膜脳炎をリストアップした。

[4] 「手術あり・なし」のコード化をしてほしいものとして、三叉神経障害をあげた。

その後、2003年4月に包括医療がスタートしたが、上記の要望は十分に満たされず、各大学病院における神経内科の診療現場から、各種の要望と意見が寄せられた。そこで、再度、厚生労働省政策医療診断群分類調査研究班（神経内科班）としての立場から、厚生労働省保険局医療課に向けて、

2003年5月21日に以下の要望書が提出された。その骨子は以下の通りである。

[1] 免疫介在性・炎症性ニューロパチー、多発性硬化症、重症筋無力症を包括評価対象外から除外してほしい。

[2] 免疫グロブリン療法は包括評価対象から外出しにしてほしい。

[3] 免疫介在性・炎症性ニューロパチー、遺伝性ニューロパチー、その他の末梢神経障害について、疾患分類を明確化・適正化してほしい。

更に、日本神経学会診療向上委員会（DPC小委員会・委員長）としての立場から、厚生労働省保険局医療課に向けて、2003年9月10日に以下の要望書が提出された。その骨子は以下の通りである。

[1] 「処置2あり・なし」のコード化をしてほしいものとして、介在性・炎症性ニューロパチー、多発性硬化症、重症筋無力症をあげた。

[2] 「免疫介在性・炎症性ニューロパチー（ギラン・バレー症候群、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎）」と「遺伝性ニューロパチー」を別分類にしてほしい。

[3] 「共通合併症リストのあり・なし」のコード化をしてほしいものとして、免疫介在性・炎症性ニューロパチー（ギラン・バレー症候群、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎）、多発性硬化症、重症筋無力症、筋萎縮性側索硬化症、髄膜脳炎、アルツハイマー病、遺伝性運動失調症などをあげた。

[4] 「共通合併症リスト」のコード化をしてほしいものとして、肺炎、尿路感染症、嚥下障害、消化管出血、じょくそう、DIC症候群、悪性腫瘍、

腸閉塞、心不全、呼吸不全、てんかん発作、敗血症などをあげた。

[5] 「処置1あり・なし」のコード化をしてほしいものとして、気管切開と胃ろうをあげた。

[6] 「処置2あり・なし」のコード化をしてほしいものとして、ボトックス療法をあげた。

[7] 「手術あり・なし」のコード化をしてほしいものとして、定位脳手術と深部脳刺激療法をあげた。

今回の見直しに向けて2004年1月初旬に開催された厚生労働省政策医療診断群分類調査研究班・班会議で神経内科班としての立場から、これまでの要望内容について再度、詳しく説明がなされた。その後、中医協での議を経て、上記の要望がかなり取り入れた形での決定が最終的になされ、各方面のご協力とご理解に対してここからの感謝を表したい。

各論 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

分担研究者 西澤正豊

研究協力者 小宅睦郎

新潟大学 脳研究所 臨床神経科学部門 神経内科学分野

背景

平成 15 年 4 月から 7 月の間に全国 82 の特定機能病院より入院医療費の包括評価が開始された。包括評価は特定機能病院から臨床研修病院へ、さらにはすべての病院における入院治療に、今後適応が拡大されていく可能性がある。このような背景から入院医療の包括評価制度が神経難病医療に及ぼす影響を調査し、神経難病医療の質の維持向上に役立てることは重要な課題と考えられる。

包括評価について第一に重要な点は、医療費のすべてが包括評価されるのではなく、包括評価部分と従来の出来高部分の両者から構成されていることにある。包括評価で算定されるのは主としてホスピタルフィー的要素で、入院基本料のほか検査、画像診断、投薬、注射、1000 点未満の処置などが含まれる。一方出来高評価で算定されるのはいわばドクターフィー的要素で、手術料、麻酔料、内視鏡検査、指導管理料、リハビリテーション、1000 点以上の処置などが含まれる。

第二に重要な点は、わが国の包括評価の特徴は、1 回の入院ごとではなく、診断名ごとに 1 日あたりの算定額が決められていることにある。この点が米国などの DRG/PPS との大きな違いで、必要な入院日数を確保しやすいといわれている。実際の診断名は 1620 分類あり、ほとんどの神経難病もここに含まれる。

第三に重要な点は、1 日あたりの医療費は入院日数に応じて 3 段階で徐々に減っていくことである。具体的には、ある特定の診断群分類に対して平均入院日数の 25% タイル値時点、平均在院日数時点、平均在院日数から 2 SD (特定入院期間) 時

点の 3 ポイントを境に、1 日あたりの点数が逡減していく。平均在院日数から 2 SD の日 (特定入院期間) を越えると、出来高評価に移行する。

このような制度のもとでは、医療機関側にとって次のようなインセンティブが働くものと予想される。すなわち、在院日数を短縮する、無駄な医療行為を手控える、出きるだけ外来で可能なものは外来で済ませるなどであり、いわゆる過少医療に陥る危険が指摘されている。

目的

このような背景のもと、我々は「特定疾患の地域支援体制の構築に関する研究班」(主任研究者 木村 格 国立西多賀病院院長)において、平成 15 年 7 月から新潟大学医学部附属病院 (現医歯学総合病院) で開始された入院医療費包括評価が神経難病医療にどのような変化をもたらしているかを、多発性硬化症 (MS)、重症筋無力症 (MG)、筋萎縮性硬化症 (ALS) を対象に調査した。

対象

当院に入院した MS、MG、ALS 患者について、平成 14 年 5 月まで 10 月の包括評価導入前と平成 15 年 7 月から 9 月までの導入後を対象とした。この期間に入院した内訳の患者数は MS で導入前 8 名、導入後 4 名、MG で導入前 5 名、導入後 3 名、ALS で導入前 8 名、導入後 2 名であった。

方法

それぞれの疾患群で、入院目的、平均入院日数の変化、各診断分類 (DPC) が規定する平均在院日

数を超過した患者の割合、従来の出来高評価と包括評価の診療報酬請求額の差について検討した。

結果

入院目的は導入前後で不変であった。平均入院日数はMS群において導入前 45.0 ± 35.9 日、導入後 27.3 ± 7.2 日、MG群では導入前 76.6 ± 51.2 日、導入後 41.3 ± 18.2 日、ALS群では導入前 36.1 ± 28.1 日、導入後 14.5 ± 3.5 日と包括評価施行後にすべて短縮していた。各疾患群においてDPC導入前後で、入院の目的、治療内容、転帰について明らかな変化はなかった。

各疾患群において疾患分類(DPCコード)ごとに規定されている平均在院日数を超過した患者の割合は、いずれの疾患群でも包括評価後に減少しているが、全MS群で12例中5例(42%)、全MG群で8例中4例(50%)、全ALS群で10例中6例(60%)であった。

診療報酬請求額について、出来高払いによる算定額が包括評価による算定額を上回った(すなわち包括評価で診療報酬請求額が減少した)患者は各疾患群で1例ずつ計3例であり、入院期間の長短と相関はなかった。

考察

今回の調査で明らかになったことは以下の3点である。

第一に、入院医療費包括評価導入後、MS、MG、ALSとも平均在院日数は大きく短縮した。

第二に、包括評価導入前後で、現在までのところ入院の目的や治療内容の明らかな変化はなく、在院日数短縮に伴って治療途上での他施設への転院は、現在のところは確認できなかった。限られた症例数と評価項目ではあるが、現時点では過少医療を明らかに裏付けるものはなかった。しかしながら、今回の調査では症例数、観察期間とも少なく、さらには脊髄小脳変性症やパーキンソン病といった神経難病が含まれていないため、結論については慎重である必要がある。

第三に、診療報酬請求において、包括評価による算定が従来の出来高評価による算定を下回った例が各1例ずつみられたが、在院日数の長さには相関はなかった。

包括評価が在院日数短縮をもたらすことは米国でも既に指摘されていたが、わが国の特定機能病院においても同様の結果が得られた。厚生労働省では包括評価における医療機関別係数の設定にあたり、在院日数の短縮を評価項目の一つとして用いていくとの予想もあり、今後も特定機能病院では在院日数短縮への圧力は持続すると考えられる。こうした背景のもとで、急性期疾患とは異なり、慢性進行性で長期にわたるケアが不可欠な神経難病に対する入院医療において、特定機能病院の役割を地域の難病支援体制全体の中でどう位置づけていくかが課題となる。具体的には神経難病の診断、合併症の急性期治療と長期療養などをいかに分担していくかが問われることになる。

次に、包括評価を特定機能病院から一般の市中病院へ拡大していく際の問題点をあげる。現行の包括評価方式は、急性期医療を主体とする特定機能病院でのデータをもとに構築されている。そのため急性期治療を主体とした医療により合致するモデルとなっている。すなわち、入院早期に最も医療資源を必要とし、時間の経過と共に漸次、医療資源の必要度が低下してくようなモデルである。しかし神経難病においては、入院が長期化しても医療資源の必要度は低下して行かず、むしろ病状の進行によってはより上昇していく傾向がある。将来において、包括評価が神経難病の慢性期ケアを主とする施設に拡大する場合、神経難病の医療の質やケアの必要度をも反映させた独自のDPCが必要と考えられる。

各論 4 DPC 導入後の神経筋疾患入院診療の変化

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 祐介
大分大学医学部脳・神経機能統御講座（内科学第三）

はじめに

大学医学部附属病院（大学病院）をはじめ地域の基幹病院である特定機能病院では、日常診療において早期に神経難病患者の診断および治療

(cure)に関わることが多い。難病患者の quality of life (QOL)の向上のためには、より短い入院で、チーム医療による確実な医療、すなわち cure とケア (care) を提供する必要がある¹⁻³⁾。しかしながら、神経難病医療における標準化された方法やシステムは未だ確立されていず、早急に体系化し、構築していかなければならない。そうした現場の実情とは裏腹に、医療を取り巻く環境は一段と厳しく、特定機能病院である大学病院を中心に在院日数の短縮化、診断別包括支払い制度

(Diagnosis Procedure Combination; DPC) の導入、医療・事務スタッフの削減など病院経営の効率化が徹底して行なわれている。さらに国立大学の法人化に伴い大学病院も利潤追求型の自主経営を余儀なくされるようになった。そうした中では、本来、どちらかといえば不採算部門で政策医療の対象であるべき難病医療においては、患者の QOL の向上どころか、医療サービスの低下した冷たい医療に陥り、最悪の場合は医療事故にもつながりかねない危険性もある。昨年、大学病院を中心に特定機能病院に DPC が導入されたが、今回は筋萎縮性側索硬化症 (ALS) や筋ジストロフィーをはじめ、多くの神経難病が含まれる神経筋疾患の入院診療における DPC 導入後の変化について検討した。

対象および方法

今回は 2 つの調査研究を行なった。すなわち、1) DPC 導入前後における神経筋疾患患者の入院待

ち時間と在院日数の変化、2) DPC 導入後の病棟業務の変化、についてである。

1) DPC 導入前後における神経筋疾患患者の入院待ち時間と在院日数の変化。

当院では 2003 年 6 月 1 日より DPC が導入された。対象は DPC 導入前の 1995 年 4 月～2002 年 10 月 (7 年 6 ヶ月間) および導入後の 2003 年 6～9 月 (3 ヶ月間) に第三内科 (当科) に入院した神経筋疾患患者である。神経筋疾患には各種ミオパチー、ニューロパチー、運動ニューロン疾患 (全て ALS) が含まれる。方法は、診療記録を基に診断名、入院予約から入院までの期間、在院日数を調査し、DPC 導入前後で比較検討した。

2) DPC 導入後の病棟業務の変化。

DPC 導入後の病棟業務の変化について、当科病棟に勤務する医師を対象に、予め作成した質問表によるアンケート調査を無記名で行なった。

結果

1) DPC 導入前後における神経筋疾患患者の入院待ち時間と在院日数の変化。

対象となった神経筋疾患患者数は、DPC 導入後の 3 ヶ月間に 15 人 (男性 8 人、女性 7 人) でミオパチー、ニューロパチー、ALS は各々 8 人、3 人、4 人であった。ちなみに DPC 導入前の 7 年 6 ヶ月間に全神経筋疾患患者数は 206 人 (男性 92 人、女性 114 人) でミオパチー、ニューロパチー、ALS は各々 92 人、56 人、58 人であった。

DPC 導入後の入院待ち期間は、全神経筋疾患患者では 10.9 ± 9.3 日であったが、DPC 導入前の 17.7 ± 26.0 日に比べ有意に短縮した ($p < 0.05$)。ミオパチー、ニューロパチー、ALS のいずれの疾

患においても統計学的には有意差はなかったが、入院待ち時間は明らかに短縮した。

表1に在院日数を示す。全神経筋疾患患者の在院日数はDPC導入後は 22.8 ± 14.1 日で、導入前は 74.8 ± 70.7 日であった。疾患別ではミオパチー、ニューロパチー、ALSの全ての疾患において在院日数は有意に減少した ($p < 0.001$)。

治療別の在院日数の検討では、既報⁴⁾の通り、ステロイド、 γ グロブリンなどの免疫療法を受けた患者の在院日数は長期化する。少ない症例ではあるが、DPC導入後もステロイド療法を受けたミオパチー、ニューロパチーで各々62日、39日と未治療群のミオパチー (14.3 ± 8.1 日) およびニューロパチー (26.0 ± 2.8 日) に比べ長期化した。しかし、DPC導入前のミオパチーのステロイド療法群 (131.1 ± 71.8 日)、ニューロパチーのステロイド療法群 (139.4 ± 97.5 日) に比べると在院日数は著しく短縮した。

表2に介護保険およびDPC導入前・後における在院日数の変化を示す。介護保険導入前、介護保険導入後およびDPC導入後における全神経筋疾患患者の在院日数は各々 88.1 ± 77.7 日、 53.3 ± 50.6 日および 22.8 ± 14.1 日と各制度の導入毎に在院日数は有意に短縮した ($p < 0.001$)。

ちなみに神経筋疾患患者の在院日数は、DPC導入前の2000年の74.8日に比べ、DPC導入後は22.8日まで短縮した。しかし、これは当院全体における在院日数 (19.7日) に比べ未だ長い。

2) DPC導入後の病棟業務の変化

DPC導入後の病棟業務の変化についてのアンケートに回答した医師は18人 (男性14人、女性4人) で、教官8人、医員8人、研修医2人であった。

全体の仕事量については、18人全員が「増えた」と回答し、増えた内容については、コンピューター業務が18人と最も多く、次いで事務処理 (7人)、会議 (1人)、処置 (1人) であった。ちなみに勤務時間内におけるコンピューター業務の占める割合は、直接、患者の担当医になる医員・研修

医で20%、指導医を務める教官で3%であった (図1, 2)。

さらに患者さんと接する時間については、55.6%が「減っていない」と答えたが、一方、「減った」と回答したものが44.4%にみられた。業務内容の変化については、コンピューター業務や事務処理など診療と直接関わりのない業務の増加を含めて「変わった」とするものが61.1%にみられた。そして医療の質は向上したかの設問に、94.4%が「向上していない」と答えた (図3, 4)。

DPC導入についての全体的な印象については、「以前と変わらない」が50.0%で、むしろ「悪い」と答えたものは44.4%であった。ちなみに「良い」は0%であった。そしてDPC導入の悪い点については、「コンピューター業務 (事務処理) が増加した」、「主病変以外の合併疾患について検査、治療が省略される」、「他科への対診がし難くなった」、「医療の向上にはつながっていない」、「在院日数、早期退院推進ばかりが前面に出て、医療サービスの向上がなおざりにされがちである」、「病名によっては、例えばニューロパチーでは、治療内容が異なるのに、高額医療になることがある」などが挙げられた (図4)。

考察

今回は、高騰する保険診療の抑制、低医療費政策、医療資源および病院経営の効率化など医療を取り巻く厳しい社会情勢の中で、より良い医療を目指して頑張る現場の実情を明らかにするために神経筋疾患を対象に当院におけるDPC導入前後における入院待ち時間、在院日数および医師の病棟業務の変化について検討した。

当院では2003年6月1日にDPCが導入された。導入後の3ヶ月間における神経筋疾患患者数はわずか15人であったが、入院待ち時間は、DPC導入前の平均17.7日に比べ、10.9日と有意に減少した。これはミオパチー、ニューロパチー、ALSの全てについてそうであった。また、在院日数もDPC導入前の平均74.8日に比べ、導入後は22.8日と著明に減少した。このように神経筋疾患では、一

般に入院が長くなる傾向にあるが⁴⁾、DPC 導入後は入院待ち時間、在院日数が著しく短縮した。これは、本制度そのものの効果のみならず、その背景にある医療資源や病院経営の効率化の重視化に伴い、地域医療連携室などの設置をはじめ、施設側からの在院日数の短縮化の徹底した指導が行なわれた結果であると思われる。

神経筋疾患患者の在院日数は 22.8 日と著しく短縮したが、本院全体における平均在院日数の 19.7 日に比べると未だ高い。前回の調査⁴⁾では、種々の神経筋疾患の中でも、多発筋炎、重症筋無力症、慢性炎症性脱髄性ニューロパチー (CIDP) などステロイドや γ グロブリンなどの免疫療法を受けた患者では全神経筋疾患の平均在院日数の 1.5~2 倍に長期化していた。今回の調査では DPC 導入後、ステロイド療法を受けた患者はミオパチー、ニューロパチーの各 1 人と少なかったが、各々 62 日、39 日で DPC 導入前の平均 131.1 日、139.4 日に比べると著しく短縮していたものの、DPC 導入後の平均在院日数値を上げていた。免疫療法のうちでも大量ステロイド療法が必要な免疫性疾患では、十分な治療期間の保障が必要である。

さらに、DPC 導入後の病棟業務における変化について、病棟業務に従事する当科医師を対象に調査を行なった。DPC 導入後、短期間の予備的調査ではあるが、ほとんどの医師が、医療の質の向上はないままに、病棟業務が増えたと回答した。とくに本来の医療業務の一環としてあるカルテや入院時サマリーを除くコンピューター業務を介した事務業務が増加し、直接主治医になる研修医や医員の場合、全体の病棟業務の 20%にも達している。事務処理スタッフの削減、在院日数の短縮化など病院経営の効率化が強調される今日、このような事務業務の増加は、さらに促進され、医師の日常診療業務にも影響を及ぼしかねない。難病医療において最も重要な、初期医療における病名告知と受容、インフォームド・コンセントに基づく医療、患者および家族に対するケア指導など、患者の QOL 向上に必要な内容が十分に補償されな

い可能性がある。米国のように医療秘書などの事務職員の病棟配備が必須である。この他にも主病名以外の検査・治療の省略化や早期退院推進ばかりが強調され、医療サービスの向上がなおざりにされがちなど、ややもすれば医療の質の低下につながる危険性もある。一方、ニューロパチーに代表されるように適応疾患など今回の DPC 制度内容のものにも矛盾があることが指摘されており、いずれ現行制度の再評価と修正を検討する必要があることはいうまでもない。

一般に在院日数の長期化は、患者および家族の QOL 向上を妨げ、一方、現在の健康保健制度の中では経済効率も悪く、原価率も高くなる。従って、在院日数の短縮化、病院経営の効率化は必須であるが、過度の推進は、医療サービスの質を下げ、とくに神経難病患者はそのしわ寄せを直接受けやすい。DPC 導入に代表されるように医療経営の経済的効率化の嵐の中で神経筋疾患を含む神経難病患者の QOL を阻害しないためには、経営効率面を過度に重視したクリニカルパスではなく、あくまでも患者のケアも含めた本来の医学的、医療的視点に立ったクリニカルパスの作成とその適応の是非を含めた検証を行なっていく必要がある。

結論

1) 神経筋疾患では、概して入院が長くなる傾向にあるが、DPC 導入後は入院待ち時間、在院日数が著しく短縮した。これは、DPC そのものの効果のみならず、その背景にある医療資源や病院経営の効率化の重視化によるものと思われる。

2) DPC 導入により医師のコンピューター業務などの事務作業の増加、主病名以外の検査・治療の省略化、早期退院推進ばかりが強調され、医療サービスの向上がなおざりにされがちなど、ややもすれば医療の質の低下につながる危険性もある。

3) こうした医療状況の中で患者の QOL を阻害しないためには、より良い医療の質 (cure と care の標準化) の向上を目指した神経難病患者のクリ