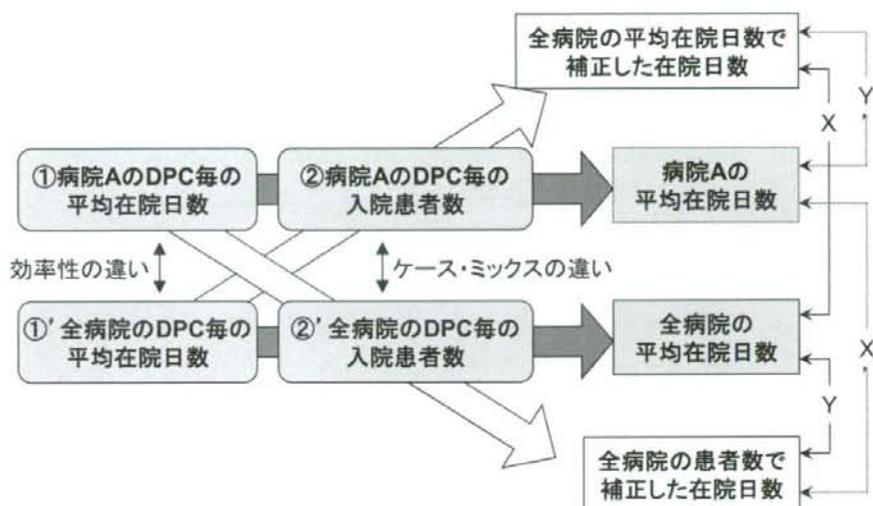


図表4. DPCを用いた平均在院日数の補正方法



X: 患者構成の指標, Y: 在院日数の指標

X': 患者構成の指標(変法), Y': 在院日数の指標(変法)

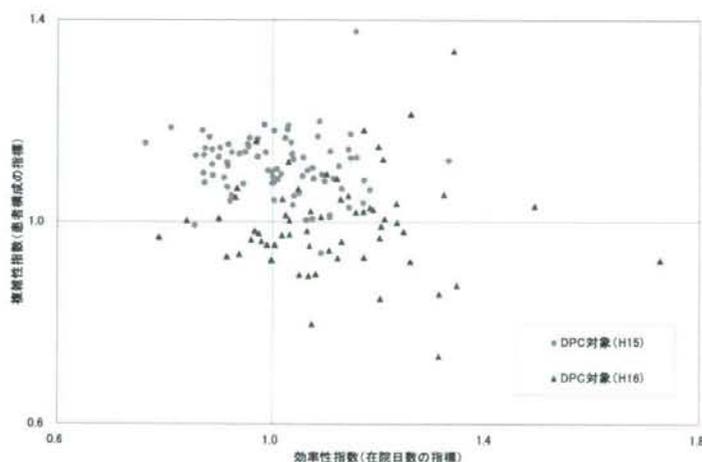
ここで、病院Aの入院患者のケース・ミックス(患者構成)が全国標準と同じになった場合を仮定すると、①と②'を結ぶ白い矢印の計算のようになって、「全病院の患者数で補正した在院日数」が求められる。具体的には、DPC毎の病院Aの平均在院日数と全病院のDPC毎の患者数を掛け合わせ、その数値の合計値を全病院の全患者数で割ることで計算される。この「全病院の患者数で補正した在院日数」と「全病院の平均在院日数」の違いは、①と①'の違い、すなわち、病院Aの「効率性の違い」を反映していることがわかる。これは、厚生労働省が発表している「在院日数の指標」であり、病院Aが同じ疾患の患者をどれだけ早く、効率的に退院させているかを示す「効率性」の指標となっている。

同様に、病院AのDPC毎の平均在院日数が全国標準と同じになった場合を仮定すると、図4の①'と②を結ぶ白い矢印の計算のようになって、「全病院の平均在院日数で補正した在院日数」が求められる。具体的には、DPC毎に病院Aの患者数と平均在院日数の全国標準値を掛け合わせ、その数値の合計値を病院Aの全患者数で割ることで計算される。この「全病院の平均在院日数で補正した在院日数」と「全病院の平均在院日数」の違いは、②と②'の違い、すなわち病院Aの「ケース・ミックス」の違いを反映していることになる。これは厚生労働省が発表している「患者構成の指標」であり、病

院Aに入院している患者の「複雑度」あるいは、「重症度」を表しているとされる。

在院日数と患者構成の指標を2次元グラフにプロットすると、自院の機能が他の病院とどのように異なるかがわかりやすい。厚生労働省の公表データの一部を抜粋したグラフを図表5に示す。横軸に在院日数の指標をとり、縦軸に患者構成の指標をとって、個々の病院が平面上のどこに位置するかが示されている。

図表5. DPC病院の患者構成と在院日数の指標



このグラフには、平成15年からDPCに参加した特定機能病院と平成16年から参加した比較的大規模な民間病院を中心とした急性期病院が示されている。全体の傾向として、特定機能病院はより重症度の高い手のかかる患者が多い一方、在院日数の効率性はやや劣っていること、それに対して平成16年からのDPC病院は患者の重症度はやや低く、在院日数の効率性は比較的良好であることがわかる。

このグラフに自院のデータを重ねると、他の病院と比べてどのような位置づけにあるのがよくわかる。患者構成の指標と在院日数の指標がともに大きい、より右上方向にある病院ほど「良い病院」と評価される。

もし同レベルの他病院と比較して在院日数の指標が劣るのであれば、急いで在院日数の効率化を検討する必要がある。特に、在院日数の指標が1以下であるような場合は、パスや診療手順を見直すなどの緊急の対策が必要であろう。

一方、患者構成の指標を改善するのは難しい。患者構成の指標は、今後導入される医療機関機能評価係数に影響すると予想されるので注目する必要がある。しかし、入

院患者を選ぶことはできないのですぐに患者構成の指標を改善することはできない。長期的な視点に立って地域連携を強化するとともに、自病院の特徴をより明確化し、例えば専門的な手術や難しい治療の必要な患者を増やしていくことができれば、患者構成の指標が上がっていく。逆に病床稼働率が下がって、より軽症の患者の入院が増えれば患者構成の指標は下がる。患者構成の指標は、地域におけるそれぞれの病院の役割を反映しているとも言えるのである。

このようにケース・ミックス補正の手法を用いることにより、従来より適切に在院日数の効率性が評価されるようになってきたので、今後、医療機関の効率化が進むことが期待される。また、診療報酬の支払いなどは効率性の向上を適切に誘導する方向に改善されていくことも期待されよう。さらに、このような手法を応用して医療費の効率性、死亡率や再入院率などの医療のアウトカムの評価なども進むと考えられる。

4. 医療提供体制における効率化

次いで、さらに広い視点から医療の効率性を捉え、医療費、医師、医療設備等の限られた医療資源を適切に配分して国民に適切な医療を提供するための、医療提供体制の効率化が重要であるといえる。以下、医療提供体制の効率化を地域における医療連携と医療資源の適正配分の視点からまとめる。

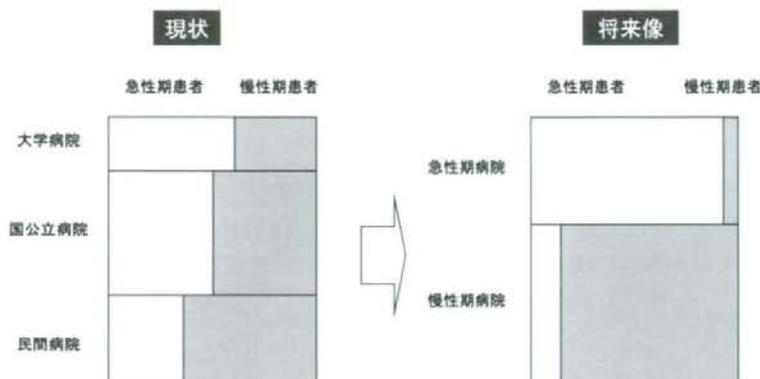
(1) 地域医療機能連携

医療技術の進歩とともに医療の専門分化が進んでいるため、各専門分野での手術などの高度な医療の提供には専門的な知識、技術、スタッフ、設備が必要になっている。それは、薬剤治療、リハビリテーションなどの機能回復治療、外来治療などでも同様である。したがって、地域住民に必要な医療を提供するためには、多種多様な機能を持った多くの医療機関が、相互に関連して適切に機能することが求められるようになってきている。このような医療における地域の機能的連携を医療機関の機能分化と空間的な医療連携の視点から整理してみる。

① 急性期医療と慢性期医療の機能分化

わが国の医療提供体制の特徴を簡単に図示すると図表6のようになる。医療は大きく分けて、手術や薬剤投与などによって患者を治療する急性期医療と、完全な治癒は望めないものの身体機能の劣化を抑制し長期的な生活の質の維持を目的とする慢性期医療に分けることができる。わが国では、大学病院などの高機能病院にも慢性期患者が入院している反面、中小病院でも多くの急性期患者が治療を受けている実態があり、病院の機能分化が遅れているとされる。先進諸国の多くでは、急性期患者は、人口あたり病床数でわが国の半数以下の急性期病院で治療を受け、慢性期医療とは明確に区分されている。わが国では、多くの病床に医師、看護師、設備等の医療資源が拡散しているため、非効率な医療提供体制であるとされている。

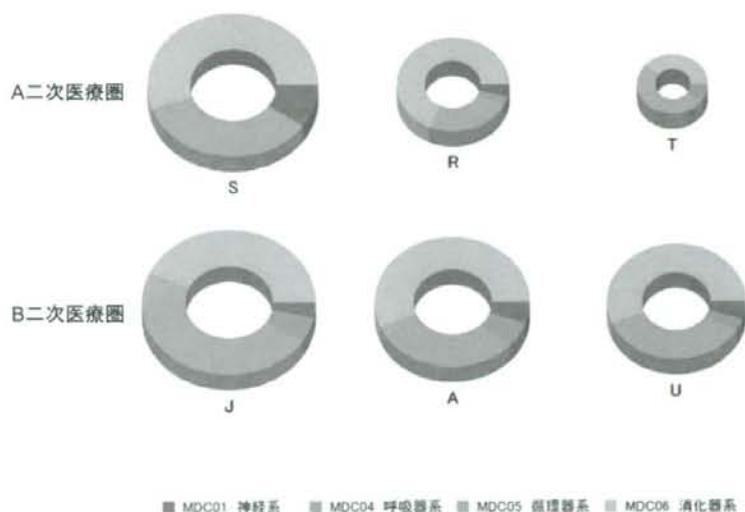
図表6. わが国の医療提供体制の特徴



同様に、手術等の高度な急性期医療の機能分化を以下のように見る事ができる。医療機関の診療分野毎の手術数を比較することで、その医療機関の専門性を見ることができ、地域における医療機関の機能分担を把握することができる。二次医療圏内の主な病院での診療分野毎の手術数とその割合を比較した例が図7である。急性期医療機関の間の機能分担が比較的うまくいっているとされるA二次医療圏(図表7上段)では、脳神経外科の手術患者はS病院に、呼吸器手術患者はT病院に集中し、R病院は消化器手術が比較的多く、T病院は循環器系の手術が多いなど、それぞれの病院の機能の違いを見ることができ、機能分化が進んでいると捉えることができる。

これに対してB二次医療圏(図表7下段)では、上位3病院の手術割合がほぼ同様に、金太郎飴のようになっている。残念なことにわが国の多くの二次医療圏はBのパターンに近い。専門医師、医療機器を含めた医療資源の効率的な活用の視点からは、地域医療に於ける専門医療の集約化が必要であり、その一つの指標として、このような分析が活用できるであろう。

図表7. 医療機関機能分化の評価

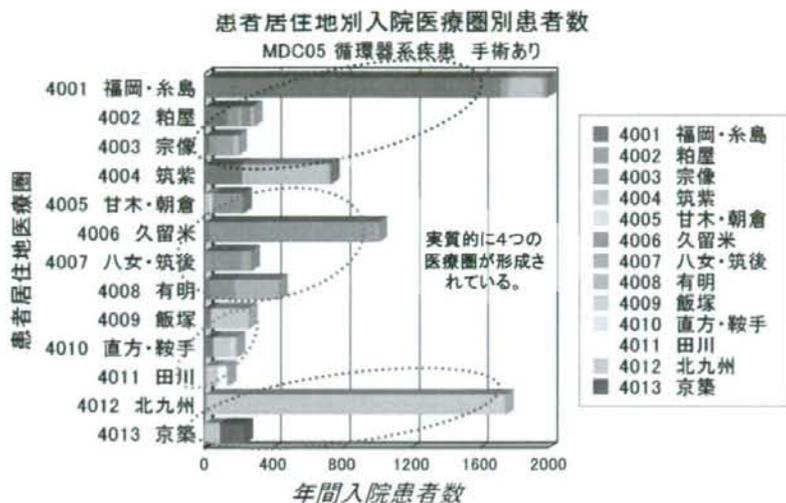


②患者行動と医療圏構造

医療提供体制の効率化を考える上で、注意を払わなくてはならないのは、傷病・病態によって異なる医療圏構造である。わが国の医療提供体制は、平均して30km四方程度の広さを持つ二次医療圏で必要な医療が完結することを目標に設計されているが、実質的な医療提供体制の空間的構造はより複雑になっていることがわかってきた。

特に高度な急性期医療では二次医療圏さらには都道府県境界を越えた患者の受療行動が無視できない量となっている。例として、福岡県の循環器手術患者の状況を集計した例を図表8に示す。グラフ左に患者住所の二次医療圏をとり、入院先医療機関を二次医療圏別に色分けして年間入院患者数をグラフにしてある。このグラフから、二次医療圏境を越えた入院がかなりの数になること、入院患者が福岡、久留米、飯塚、北九州のほぼ4つの地区に集中する傾向があることがわかる。すなわち、13ある二次医療圏が、循環器手術については実質的に4つの医療圏に再構築されているといえる。

図表8. わが国の医療圏の実態



この医療圏の再構築の状況は、疾患や入院期間によって大きく異なり、一般的に長期入院や手術を要しない短期入院では同一二次医療圏内への入院が多く、循環器や脳神経外科など高度な手術ほど特定の地域への集中傾向が認められる。医療提供体制の効率化には、従来の固定的な二次医療圏ではなく、傷病別、病期別にダイナミックな医療圏を設計する必要があることを示している。

(2) 医療資源の適正配分

近年は特に地方に於いて、十分な医療提供体制を維持できないところが出現し、医療崩壊の危機とも喧伝されている。このような危機の大部分は急性期医療の危機であり、この立て直しには急性期病院の集約が不可欠である。そのためには地域の急性期医療の需要を正確に推計し、それに見合った急性期医療資源の配分が必要である。

地域の疾病毎の急性期患者数は従来の医療統計から容易に推計できる。急性期疾患は年齢と性別にしたがってほぼ確率的に発生するので、地域の人口構造から推計することも可能である。一方、疾病毎の急性期医療のための標準的な入院期間は、近年集積・分析されているDPC包括支払の対象病院のデータから推計できる。

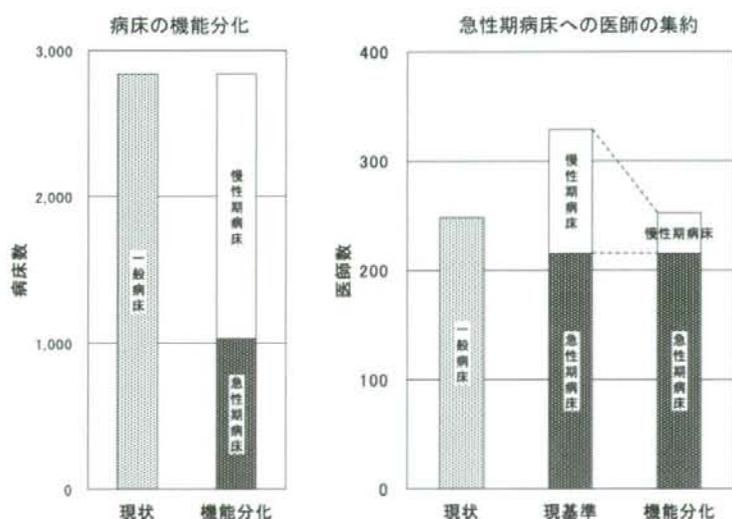
地域の疾病毎の患者数と急性期医療の標準的な入院期間から、地域に必要な急性期の病床数が計算できる。この方法からわが国の急性期病床の必要数は約40万床となる。現在の一般病床は約90万床である。そのうち急性期病床として必要なのは半分以下であり、残りの50万床が慢性期病床に相当する。実際にはより多くの病床が急性期病床として使用されている。これは急性期病院の機能分化が遅れて慢性期患者も

入院させているためである。

このような形で地域の医療資源必要量を推測することで、地方の医師不足対策も立案できる。わが国の急性期病院には10病床あたり2人の医師が必要である。急性期病院を集約して比較的医師の負担が少ない慢性期病院から急性期病院に医師を集め、医師不足地域の急性期医療を維持できる可能性がある。

図表9は医師不足が著しい東北地方のある地域での医療機関機能分化のシミュレーション例である。この地域では2,841床の一般病床に248人の医師がいるが多くの病院で医師が不足し危機的な状況にある。病院の機能分化により急性期病床を1,025床、慢性期病床を1,816床とすることができる。現在の基準では急性期病床に215人、慢性期病床に114人の医師が必要なり81人も不足してしまう。しかし、急性期病床の機能を維持したまま慢性期病床を療養病床に変更すると、必要な医師数は38人となりほぼ現状の医師数で地域医療が維持できる。療養病床では高度な医療を受けることはできない。しかし、地域の急性期医療を維持するためには譲歩することも選択枝となる。

図表9. 医療資源必要量の推計の例



医師不足対策のポイントは、急性期病床に医師などの医療資源を集中し、慢性期病床に必要最小限の医療資源を割り当てることである。

このように、地域の医療需要と各医療機関の医療提供能力や地域で活用できる医療資源を適正にマッチさせることで、個々の医療機関と地域医療提供体制の効率化を進めることができると考えられる。

統計を医療政策にどう反映させるか

雑誌 病院

厚生統計を医療政策にどう反映させるか

はじめに

近年の政府の厳しい医療費抑制政策の影響で、わが国の医療提供体制は崩壊の危機にある。特に急性期医療においては、医療従事者の犠牲的な労働によって地域の医療が保たれている地域も多い。このような厳しい状況になってしまっている原因の一つは、医療の実態が正確に把握されていないことにあると考えられる。医療問題のような複雑な課題の解決には、実態の正確な把握とそれに基づく多くの知恵の結集が必要であるが、その基礎ができていないのである。例えば、近年問題となっている医師不足に関して、どの地域にあと何人の医師が必要かを示す具体的なデータはない。看護師数や病床数についても同様で、客観的な数値に基づく検討ができていない。

厚生行政の基礎となる情報が厚生統計である。本稿ではわが国の厚生統計の概略を示すとともに、それらの情報の意義と厚生統計の抱える問題点を考察する。さらに、厚生統計の利用促進によるエビデンスに基づく医療施策のあり方を示したい。

医療政策に関連する厚生統計とその課題

我が国の医療関連の官庁統計の主なもの、患者情報に関する「患者調査」、医療施設に係わる「医療施設調査」、出生・死亡に関する「人口動態調査」、健康情報に関する「国民生活基礎調査・健康票」、受療動態に関する「受療行動調査」、医療保険に関する「社会医療診療行為別調査」等がある(表1)。

これらのうち医療政策に密接に関係するものは、「患者調査」、「医療施設調査」、「社会医療診療行為別調査」の三つである。患者調査は、医療機関を受療した患者の年齢、性別、主傷病、治療内容、在院日数などの情報を収集し、二次医療圏単位の入院患者数の推計などを提供し、地域の基準病床数等を示す地域保健医療計画の基盤となる重要な資料となっている。患者調査は、合理的な標本設計に基づいて国家規模で定期的に疾病の状況を把握できる統計調査としては、世界にもあまり類のない優れた調査であり、地域の医療需要を比較的確正に推計するための利用価値は非常に高い。患者調査の限界点は、サンプル数の少ない診療所のデータの誤差が大きく、詳細な診療情報が含まれていないことなどであるが、それらを補ってあまりある貴重な情報源といえる。

医療施設調査は、全医療機関の病床数、標榜診療科、施設・設備・看護の状況等を調査し、主に医療供給側の情報が収集されている。社会医療診療行為別調査は、診療報酬および診療行為に関する明細データを調査し、医療費の配分の状況を示す情報を提供している。

このように概観するとわが国の厚生統計は充実しているように見えるが、いくつかの問題点があることも指摘しなくてはならない。第一に、統計調査内容の陳旧化の問題である。それぞれの統計が

長い調査歴史を持つため、既存の仕組みに縛られて近代化が遅れている。調査項目は適宜修正が加えられているが、近年の医療技術の進歩と医療内容の変化が十分に反映されているとは言えない。例えば、患者調査では近年、著しく増加している手術や化学療法等の外来専門治療の実態を把握することはできない。

近代化の遅れは、調査手法にも現れている。旧態依然たる調査票方式をとって電子化されていないため、調査項目数が調査票のスペースに制限され、電子レセプトなどの電子情報を活用することができていない。

第二の問題点は調査データが十分に活用されていないことである。調査結果は基本的には定型的な集計表として公表されるが、それらのデータはあまり医療関係者に利用されていない。これは、集計表の視点が陳旧化、固定化していて有用な情報と知識を提供していないためであろう。この背景には、調査データの学術的利用に関する厳しい制限があると考えられる。ある程度自由な学問的検討を許容しなければ、新鮮な視点からの分析は生まれない。調査データの学問的活用に対する閉鎖性が統計データの利活用を阻害しているのである。

患者調査と DPC 調査

つぎに、このような厚生統計の抱える問題点を解決する方法を考えてみたい。将来の厚生統計のあり方を考える際に貴重な事例となるのが DPC 調査である。2003 年から急性期病院の多くに DPC 診断群分類に基づく包括支払が導入されてきているが、その基礎となるデータが DPC 調査である。DPC 参加病院の 7 月から 12 月の全退院患者のデータが電子的に収集され、分析されている。従来の患者調査と DPC 調査の比較を表 2 に示す。DPC 調査では、調査の対象が主な急性期病院に限られているが、6 ヶ月間の全退院患者が対象であるため調査サンプル数は圧倒的に大きい。調査内容も充実しており、診療明細電子データも収集されて日々の診療内容までもが把握可能である。患者調査には含まれている患者居住地、入院前後の場所の情報が欠落しているのは大変残念であり、今後拡張が必要であろう。

DPC 調査が優れている点は 3 つ挙げられる。第一に急性期医療の質の評価につながる豊富な情報量を持つこと、第二にデータ収集の大部分が電子化されていること、第三に調査の集計・分析結果が医療の評価につながる形でタイムリーに公表されていることである。

DPC 調査では、傷病名、診療内容等の診療情報とともに、個々の患者に対する日々の診療明細に関する膨大な電子情報も収集している。これらの情報から、個々の医療機関の患者像の相違、医療の効率性、診療プロセスのバラツキ、死亡率、再入院率、合併症発生率等のアウトカム等を評価することができる。

調査の電子化に関しては、診療情報の入力プログラムや DPC コード、ICD10 コード等のコーディング・プログラムが無償で配布され、またレセコンから日々の診療明細データをダウンロードする仕組みが作られていることが特徴である。従来の多くの統計調査は電子

化が遅れており、患者調査等ではデータ入力に関する医療機関の負担がかなり大きいことが明らかとなっている。DPC 調査の手法を参考に、既存統計調査の改善を計るべきであろう。

レセプト・データ等を統計調査に活用することは、行政情報の活用による統計調査の効率化と体系化といえる。もともと診療報酬請求のためにのみ利用されていたレセプト・データであるが、診療プロセスに関する多くの情報を持っているため、医療の評価に活用することができる。医療機関にとっては新たにデータを作成する必要がないため、負担が少ない。また、データの形式も定められているため、全国全医療機関共通のデータを収集することができる。今後、一般のレセプト・データも電子化されていくが、このようなデータを統計調査に活用する仕組みを早急に構築する必要がある。

DPC 調査の結果は、個別医療機関の診療実態が分かる形で公表されている。公表されている項目は、疾病別の入院患者数、手術等の実績、平均入院期間、退院後の再入院率などであり、これらの情報から個々の医療機関の特徴、専門性、手術手技別の実施数、入院医療の効率性など非常に多くのことがわかる。このような情報を上手に活用することで、地域医療機関の機能分化と連携に役立てることができる。

一方、患者調査の優れている点は、日本全国の二次医療圏単位の総患者数をかなり正確に予測できるように設計されていることである。DPC 調査は急性期病院のみが対象であるため、総患者数の推計はできない。医療計画などでの病床の必要数が患者調査のデータを元に推計されているように、医療提供体制の設計のために欠くことのできない調査となっている。

新たな統計分析の視点の例

従来の患者調査のデータも、分析の視点を変えるなどの工夫を加えることで、医療機関にとってかなり役に立つ情報を引き出すことができる。その事例として、患者調査データをもちいた傷病別地域医療圏分析の例を示す。図1の左は脳梗塞長期入院患者の住所と入院先医療機関の二次医療圏の関係を示したものである。ほとんどの入院患者は住んでいる二次医療圏内の病院に入院していることがわかる。一方、図1右は、乳がんの手術を受けた患者の住所と入院先の関係を示したものであるが、A 二次医療圏以外の患者の多くが A 二次医療圏の医療機関に入院していることがわかる。

もともと二次医療圏は、必要な医療が提供される範囲として設定されたものである。しかし、がん、虚血性心疾患、整形外科疾患等で待機的手術を受ける患者は、二次医療圏の境界を越えて、専門の病院に集中する傾向を示している。このような専門性の高い疾患では、従来のように二次医療圏単位で医療機関を配置する計画が意味をなさなくなっていることを示している。

このような分析ができるのは、患者調査のデータを診療分野別の傷病名に再集計し、治

療内容、在院日数等で区分して分析を行ったからである。従来の定型的な患者調査の集計では得られなかった分析である。

さらに、患者調査の集計とDPC調査の集計を組み合わせると、地域の医療資源必要量の推計を行うことができる。わが国の急性期医療は危機的な状況にあるが、その大きな原因の一つが医師、看護師、ICUの設備等の急性期医療のための医療資源の不足である。

患者調査からは、地域の疾病別の急性期入院患者数が推計できる。DPC調査からは、疾病毎の急性期医療資源必要量が推計できる。この2つを組み合わせることによって地域の医療資源必要量を推計することができる。例えば、呼吸器疾患、循環器疾患等の地域の急性期患者数とそれぞれの疾病毎の平均在院日数が分かれば、必要な急性期病床数が推計できる。

このようにして推計を行った結果が図2である。ある二次医療圏における既存の医療資源量を100としたときの相対的な医療資源必要量を示してある。急性期病床数は既存の一般病床数の半数以下であることがわかる。余剰の一般病床は亜急性期および慢性期向けの病床とする必要があることを示している。一方、ICU病床数は4割程度増やす必要がある。本来ICUで治療を受けるべき患者が、現在は一般病床で治療を受けていることを意味している。

近年問題となっている医師数であるが、急性期の必要医師数と現在病院で働いている医師数がほぼ同じ数である。つまり、現在の医師数で急性期から亜急性期、慢性期までをカバーすることはできないことを意味している。看護師数は医師数に比べるとまだ余裕があるようである。しかし、今後急性期医療がさらに高度化してより密度の高い看護が求められるようになった場合は、医師の場合と同様に不足する可能性もある。

今後の厚生統計のあり方

以上本稿で示した点をまとめると、今後の厚生統計のあるべき姿と医療政策への活用方法は以下の3点になると考えられる。第一に、電子化の促進と業務情報・行政情報の活用による統計調査の質と効率性の向上が必要である。DPC調査を範として、電子データを活用して質の高い情報を調査対象者に多くの負担をかけずに収集する仕組みに変えていく必要がある。例えば、患者調査は急性期病院ではDPC調査と統合し、それ以外の医療機関では従来の仕組みを維持することなどが検討できよう。さらに、既存の行政情報であるレセプトの情報や、都道府県の社会保険事務局に提出している施設基準等に関する情報も統計データとして活用する枠組みを作る必要がある。これらのデータの活用は、調査対象者に余分な負担をかけることなく精度の高い情報が得られるため、統計の質と効率性の向上に大きく寄与することが期待される。

第二に、厚生統計データの研究者への開放とそれらに基づく研究の促進が求められる。本稿で示したように、厚生統計データからはさらに多くの情報が引き出せる可能性が残さ

れていると期待される。このような可能性はある程度自由な学問的探求が無ければ開花しないであろう。現状では統計データの学術的使用は「目的外使用」という位置づけとなっている。これは、あまりに前近代的官僚的な仕組みである。厚生統計の近代化の一つとして、積極的に厚生統計データを学術的に活用するための法的仕組みをつくるべきである。

そして第三に、厚生統計の有効活用による根拠に基づく医療政策の推進が求められる。統計データの内容およびその学術的活用の基盤の整備と、根拠に基づく医療施策の立案、評価は表裏一体である。厚生行政は電子化がもっとも遅れている分野の一つとされている。統計情報の重要性を再度認識して、組織横断的に厚生統計の高度情報化を進める体制が必要なのではないだろうか。

文献

1. 伏見清秀, 厚生労働科学研究費補助金統計情報高度利用総合研究事業「電子医療情報の有効利用による傷病および医療機能に関する統計情報の収集・分析・利活用の効率化と充実のための方策に関する研究」平成18年度～平成19年度 総合研究報告書.
2. 伏見清秀, 厚生労働科学研究費補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業「医療圏における地域疾病構造および患者受療行動に基づく地域医療の評価のあり方に関する研究」平成19年度 総括研究報告書.
3. 伏見清秀, DPC データ活用ブック第2版, じほう, 東京, 2008.

表 1. 医療関連の官庁統計調査

統計調査名	調査間隔	調査対象	調査内容
医療施設静態調査	3年	医療機関	全医療施設の整備状況
医療施設動態調査	1月	病院	全医療施設の開設・閉鎖等の状況
病院報告	1月	病院	全病院の患者数等の状況
患者調査	3年	医療機関	受療患者の傷病等の状況
人口動態調査（死亡票）	1年	市区町村	全ての死亡、死産の状況
国民生活基礎調査（健康票）	3年	家庭	世帯人員の健康の状況
受療行動調査	3年	病院	入院患者の意識等
社会医療診療行為別調査	1年	レセプト	診療報酬請求明細書からの集計

表2. 患者調査とDPC調査の比較

	患者調査病院退院票	DPC調査票
対象病院数	約6,000	約1,400
対象病院種別	全病院	急性期
調査票数	約900,000	約8,000,000
対象患者割合	3%以下	約50%
共通項目	{年齢、性別、在院日数、転帰}	
傷病名数	1(日本語)	12(ICD10)
手術	1(簡略)	5(詳細)
患者居住地	(+)	(-)
入院前場所	(+)	(-)
入院後場所	(+)	(-)
調査方法	一部電子化	電子化
データ取得	手作業	無償入力プログラム

図1. 病態によって異なる二次医療圏を越えた患者の移動の状況

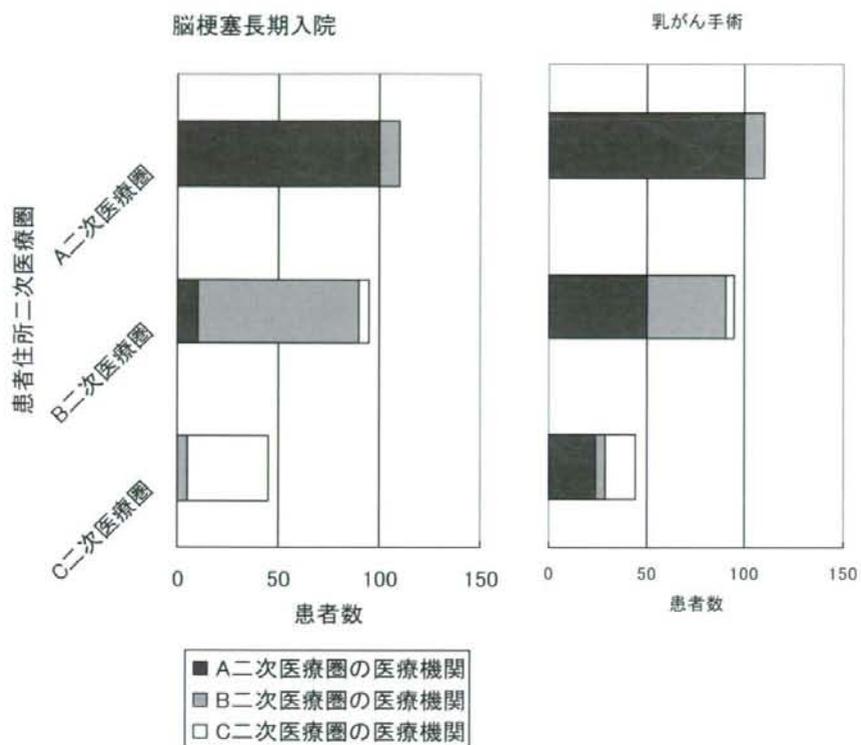
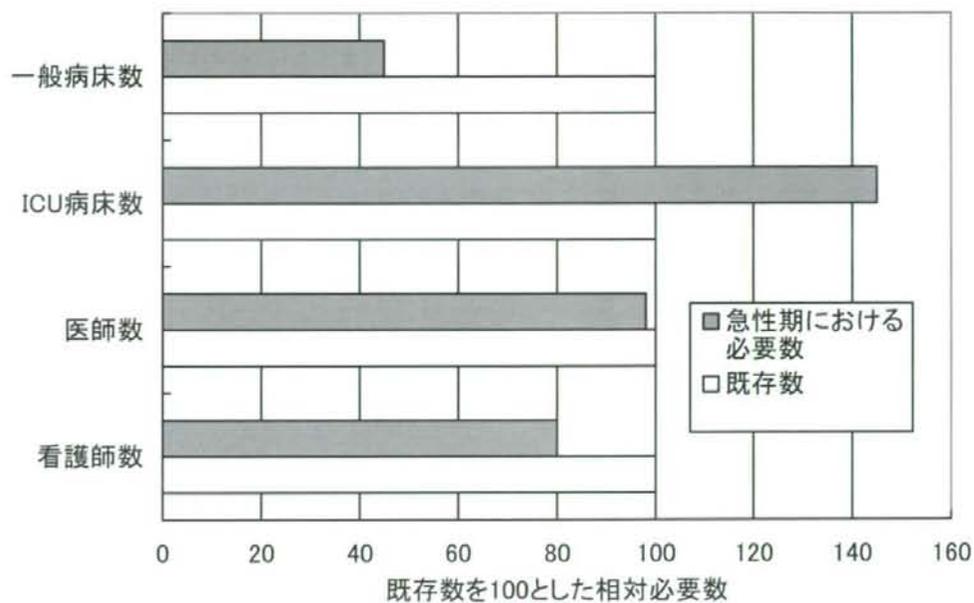


図2. 急性期医療のための地域医療資源必要量の推計例



簡単にできるDPCデータの戦略的活用法

日経ヘルスケア

DPC データ活用法

「地域内における自院の位置づけを分析する」

DPC 診断群分類を用いた入院医療の包括支払いが、わが国の多くの急性期病院に導入されてきている。平成 20 年度からは 700 を越える病院がその対象となり、今後包括支払いが導入される可能性のある DPC 準備病院を加えると 1400 病院以上となる。これらの病院の病床数を合計すると 50 万床を越え、間もなくわが国の一般病床の過半数が DPC 包括支払いシステムの対象となる。この包括支払いシステムは、在院日数の短縮や過剰な検査や薬剤投与の抑制など、医療の効率化に寄与することが期待されている。また、DPC 診断群分類毎に標準的な在院日数や診療報酬点数が決められているため、医療の標準化を促すことも期待されている。

一方、これらの急性期病院からは膨大な診療データが集められ、いろいろな形で集計されて公表されている。DPC 包括支払いシステムに参加する条件として、厚生省に診療内容に関する電子明細データを提出することと、これらのデータを用いた各病院の評価指標の公表に同意することが定められているからである。いままでわが国では、個々の医療機関の診療内容を比較するためのデータはほとんど手に入らなかった。しかし、DPC 対象の急性期病院のデータは、病院の実名で公表されるようになってきている。わが国の急性期医療の大部分を担う病院の診療実態が透明化され、誰もが評価できるようになってきている。

本稿では、公表されている DPC データの内容と入手方法およびそれらのデータの活用法、特に自院あるいは特定の病院の地域における位置づけの評価方法などを具体的に解説する。

DPC データの入手方法

DPC 関連データは中央社会保険医療協議会（中医協）のページからダウンロードすることができる。図 1 の厚生労働省のホームページから「審議会・研究会等」、「中央社会保険医療協議会」、「中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織各分科会」とリンクをたどっていくと DPC 評価分科会資料のあるページにたどり着く。最新のデータは「平成 20 年 5 月 9 日 DPC 評価分科会資料」のページにある。分析に利用可能な主な資料を表 1 に示す。今後、年に 2 回程度、順次新たなデータが付け加えられていくので、このページから最新データを入手することができる。

図 1. 厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/index.html>)

<ul style="list-style-type: none"> 点字ファイルダウンロード 音声読み上げ/文字拡大 	<p>緊急情報</p> <p>[医薬食品局血液対策課] ・血液凝固因子製剤の納入先</p> <p>[医薬食品局血液対策課] ・B型肝炎・C型肝炎ウイルス(日更新)</p> <p>[医薬食品局血液対策課] ・フィブリノゲン製剤納入先医</p> <p>[医薬食品局血液対策課] ・C型肝炎ウイルス検査受診</p> <p>[医薬食品局血液対策課] ・フィブリノゲン製剤等に関する</p>
<p>お知らせ</p> <ul style="list-style-type: none"> 大臣記者会見等 報道発表資料 審議会・研究会等 統計調査結果 	<p>重要なお知らせ</p>
<p>厚生労働省の政策</p> <ul style="list-style-type: none"> 白書、年次報告書等 予算および決算、税制の概要 	

表1. 主なDPC関連資料

名称	内容
平成20年5月9日DPC評価分科会資料	<ul style="list-style-type: none"> H19調査最終報告 DPC分類別在院日数、症例数 在院日数の平均の差の理由の検討等
平成19年6月22日DPC評価分科会資料	<ul style="list-style-type: none"> H18調査最終報告 DPC分類別在院日数、症例数 在院日数の平均の差の理由の検討等
平成18年12月6日DPC評価分科会資料	<ul style="list-style-type: none"> DPC分類別在院日数、症例数 在院日数の平均の差の理由の検討等
平成18年4月27日DPC評価分科会資料	<ul style="list-style-type: none"> 疾患別医療機関別件数、手術数 手術難易度別件数等
平成17年11月4日DPC評価分科会資料	<ul style="list-style-type: none"> 疾患別医療機関別件数、手術数等

これらのページにはPDF文書ファイルとともに、電子データの入ったMicrosoft Excel®形式のデータがあり、自由にダウンロードして分析できるようになっている。最新のデータを表2に示す。これらのデータを用いて、自院と近隣の医療機関の効率性や高度医療の水準、疾患別の診療実績等を直接比較することができる。