

令和8年2月28日
伏見班セミナー
於：川崎医療福祉大学

DPCと医療マネジメント ～DPC開発のこれまでとこれから～

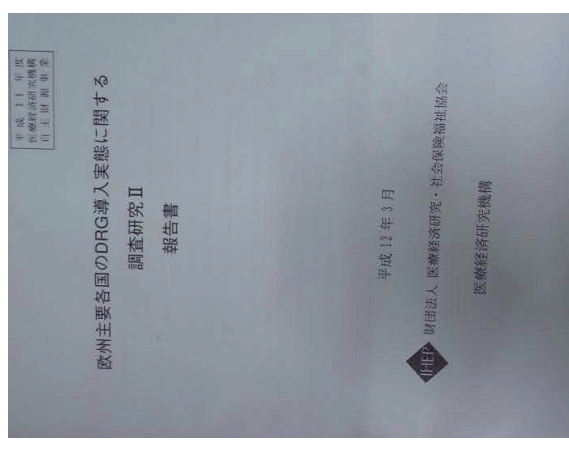
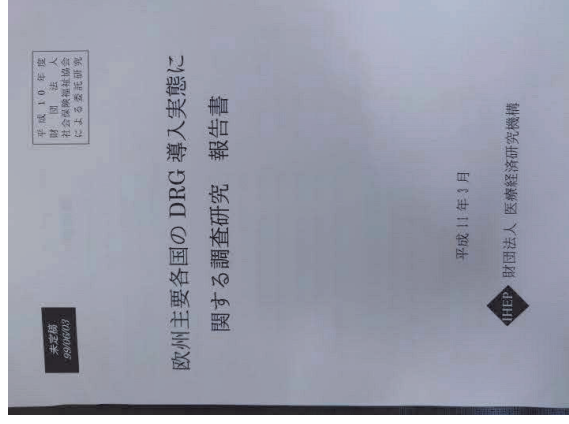
福岡国際医療福祉大学
看護学部/ヘルスサービスマスリサーチセンター
松田晋哉

フランス国立公衆衛生大学校 (EHESP)



フランス保健省の幹部養成大学校
・入学すると、医師の場合は公衆衛生監督医見習い（候補生）として大学校での学習と保健省での実務を行う。
・大学校はフランスおよび欧州の公衆衛生行政に関わる研究を担う
・当時はフランスへのDRG導入に関する研究を行っていた。

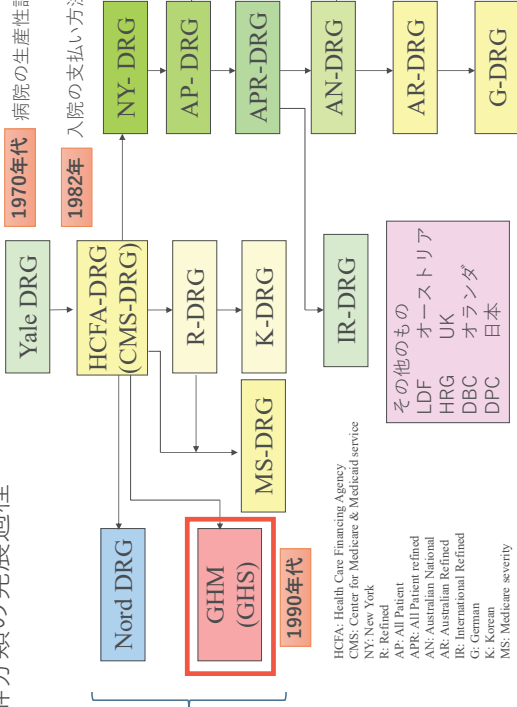
- 1992年に日本に戻ってみると・・・
- ・アメリカの診断群分類であるDRGを日本に導入するための検討が始まっていた。
 - ・欧州の主要国は、医療市場をアメリカに把握されることに対する危惧もありアメリカのDRGの導入実験の後、診断群分類を各国の医療制度に適応するための独自開発に舵を切っていた。
 - ・厚生労働省の担当者、ヨーロッパの状況を説明→欧州におけるDRG導入過程の研究を依頼される
 - ・この報告書といくつかの事件もあり、日本も独自開発を行うこととなる（2000年）→この研究班の研究代表者になる



診断群分類の発展過程

1970年代 病院の生産性評価を目的に開発

1982年 入院の支払い方法として採用



欧州各国でその適応可能性の検証が行われた

HCFA: Health Care Financing Agency
 CMS: Center for Medicare & Medicaid service
 NY: New York
 R: Refined
 AP: All patient refined
 AN: Australian National
 AR: Australian Refined
 IR: International Refined
 G: German
 K: Korean
 MS: Medicare severity

その他のもの
 LDF オーストラリア
 HRG UK
 DBC オランダ
 DPC 日本

開発当初のコアメンバー

- 松田晋哉 (産業医科大学 公衆衛生学)
- 伏見清秀 (東京医科歯科大学 医療情報学)
- 橋本英樹 (帝京大学 公衆衛生学)
- 今中雄一 (京都大学 医療経済学)
- 桑原一彰 (京都大学 医療経済学)
- 石川ベンジャミン光一 (国立がんセンター)
- 阿南 誠 (九州医療センター)
- 堀口裕正 (九州大学 医療システム学)

3年後に藤森研司先生 (札幌医科大学 核医学) が加わった。

最初のDPC研究班の構成

日本の医療界・学会の重鎮の集まり
 → 私たち岩手にとって修羅場」でした・・・。



ある日、名古屋大学の武澤純先生から電話が入ります・・・

「来週の水曜日の夕方に名古屋大学附属病院でDPCの説明会をやるので来なさい」

予定を変更して名古屋に行き、質評価や臨床研究にも活用できることも説明

講演終了後に、武澤先生が言ったこと・・・

「先生方、みなさん、悔しくないですか？ 今日、松田先生が発表した内容は、本来、我々臨床医が率先してやるべき内容でしょう。」

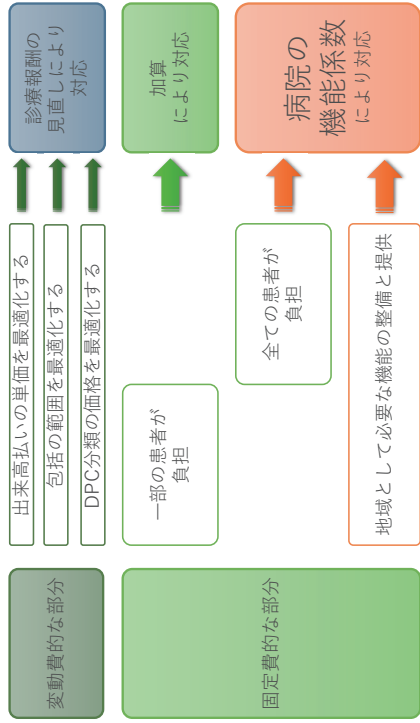
それを公衆衛生の医者なんかによられて、悔しくないんですか？」

啞然としている私をしり目に、武澤先生は続けました。

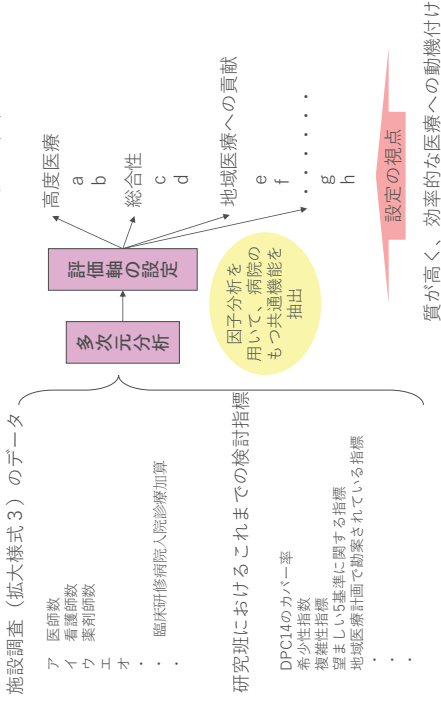
「このDPCの仕組みを僕たちが積極的に使うべきでしょう」。



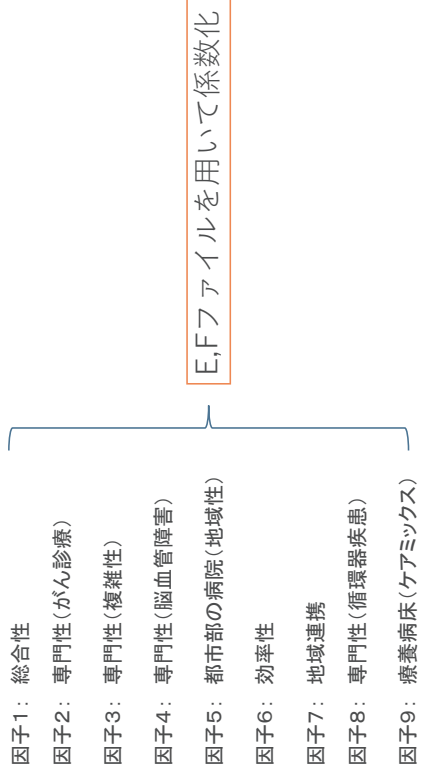
DPC包括評価下における支払い最適化のための考え方



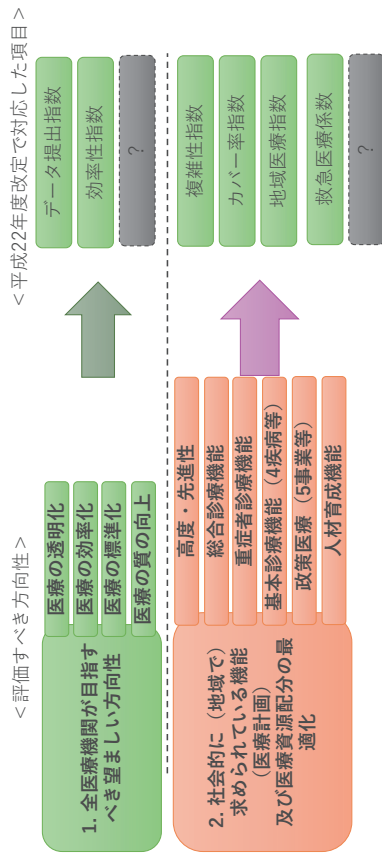
施設調査に基づく病院機能の分析過程



抽出された病院機能の評価軸



機能評価係数IIの考え方の整理



そろそろデータに基づいて一連の係数を体系的に見直すべきでは・・・

将来推計の方法

DPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所別・医療機関住所別別受療率
(1日あたり、生保・労災・自賠責等の補正後)

推計年度の患者住所別・性年齢階級別人口 (社人研データ)

推計年度のDPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所別・医療機関住所別別患者数
(1日あたり)

病床利用率 (高度急性期 = 75%、急性期 = 78%、回復期 = 90%、慢性期 = 92%)

推計年度のDPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所別・医療機関住所別別病床数
(1日あたり)

人口構成・傷病構造・受療動向の
地域差を反映させた病床数推計

患者住所別
病床数

医療機関住所別
病床数

CCP Matrixとは？

040040 xx01080x

医療技術は進歩する

医療技術の進歩や
高齢化により複雑化

従来の見直し方法では改定作業が複雑化する

	軽症	中等症	重症
通常			
高度			
最高度			

医療資源の必要から見た重症度	軽度	中等度	高度	最高度
----------------	----	-----	----	-----

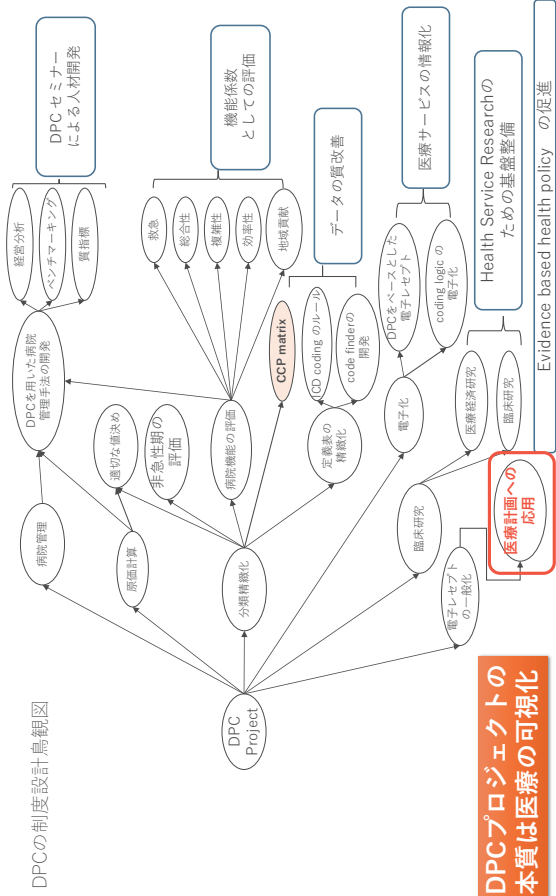
このような分類をDPC10桁ごとに
準備することで、改定作業を簡素化

DPCデータの郵便番号と
国保及び長寿の保険者情報
を用いて、性年齢階級別、
DPC別の二次医療圏間の
移動量を推計

医療圏	医療圏別DPC	国保	長寿	移動量(推計)
001	01010101010101	0	60	0.102647136
001	01010101010102	0	70	0.082779805
001	01010101010103	0	75	0.088390589
001	01010101010104	1	55	0.113384405
001	01010101010105	1	55	0.113384405
001	01010101010106	1	65	0.134215172
001	01010101010107	1	70	0.095702619
001	01010101010108	0	75	0.044380997
001	01010101010109	1	50	0.026288114

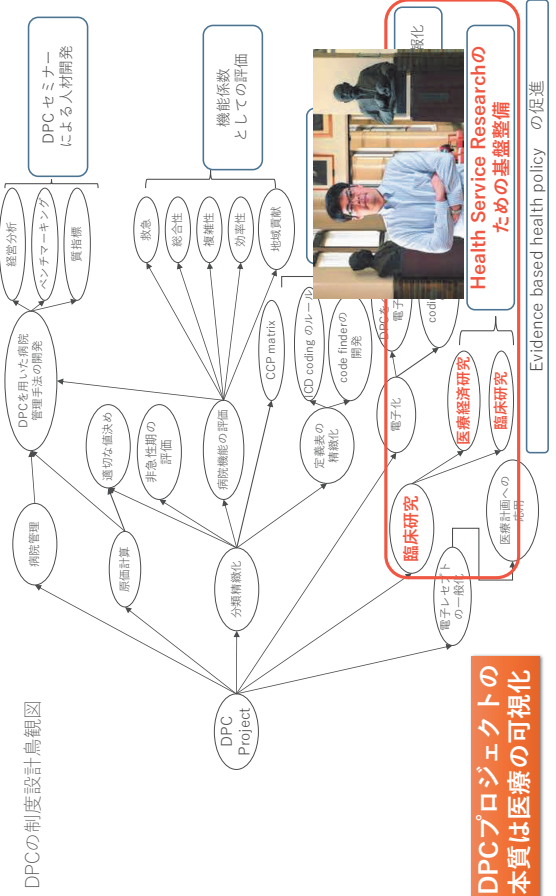
NDBに格納されているDPC
レセプト以外の入院レセプト
を一入院単位にまとめ、
DPCロジックを適用
→ DPCの一般化

DPCの制度設計鳥瞰図



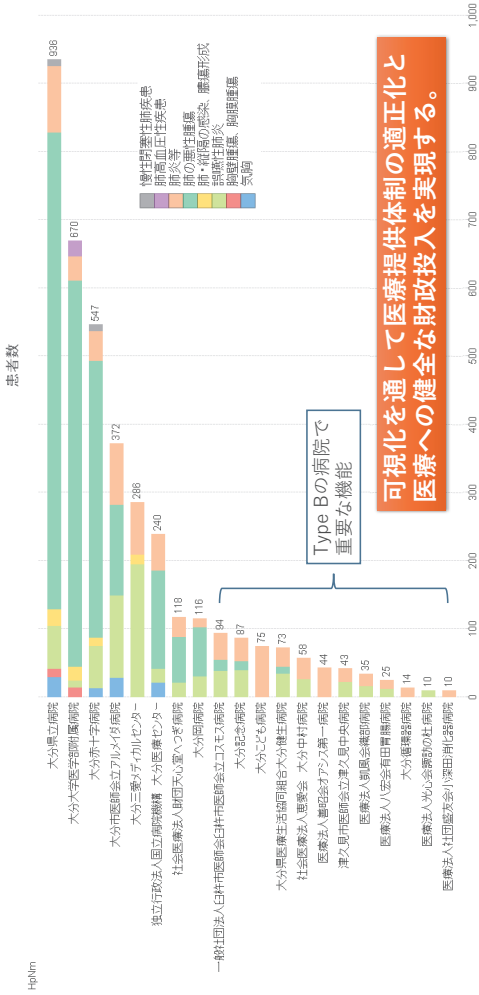
DPCプロジェクトの本質は医療の可視化

DPCの制度設計鳥瞰図

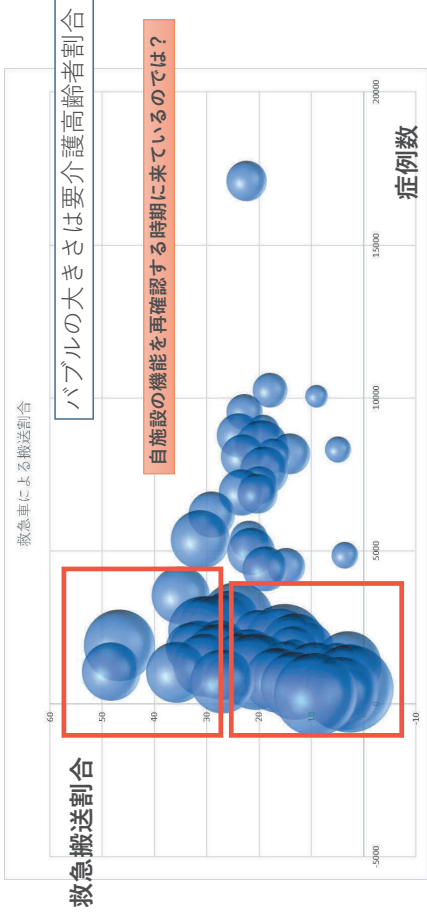


DPCプロジェクトの本質は医療の可視化

診療の状況 大分県中部医療圏 (MDC04)



症例数と救急車による搬送割合、要介護高齢者割合との関係 (ある地域のDPC病院の分布 ROI)



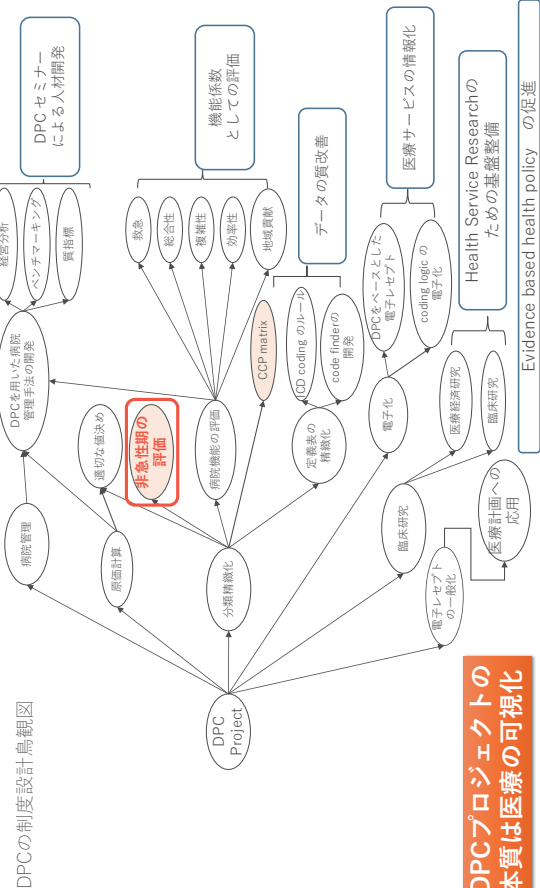
折衷案

項目	885A	1,344A	1,740A
ADL3	764B	1,344B	1,740B
ADL2	764B	1,344B	1,740B
ADL1	764B	1,344B	1,740B

医療提供体制の適正化と医療への健全な財政投入を実現する。

可視化を通して医療提供体制の適正化と医療への健全な財政投入を実現する。

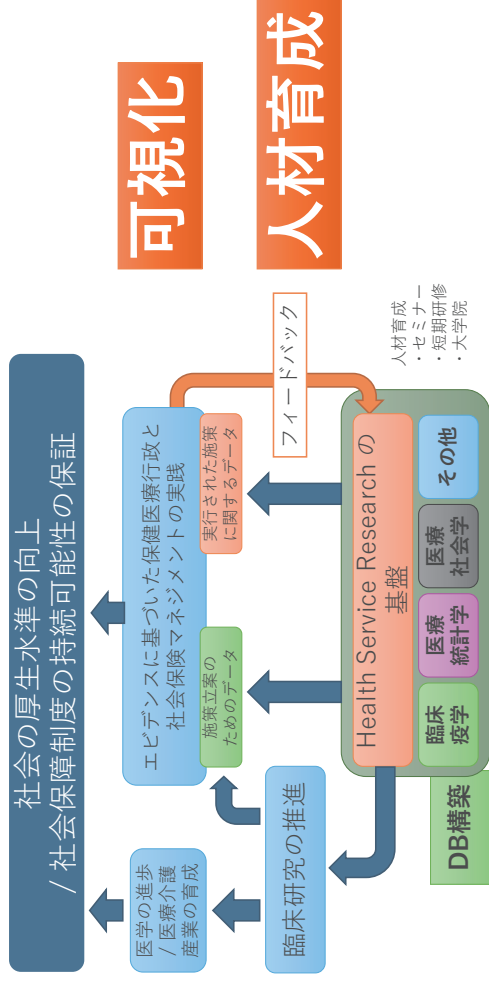
慢性的な慢性期を踏まえて本格的な見直しをする予定だった...



慢性期の情報化をどうするのか？

DPCプロジェクトの本質は医療の可視化

私が考える医療介護情報利活用の目的



今後の課題 次世代の研究者への期待

- 患者の病態の連続性を考えると、急性期DPCの枠組みの延長線上で慢性期DPCや外来DPC、精神科DPCなどを考える必要がある。
- 慢性期については病態の複合性を評価する手法が必要。
- 諸外国における分類手法を参考にしながら検討することが实际的。
- 基本となるレセコンの在り方をどのように考えるか。
- 慢性期における包括評価 + 出来高 + 機能係数のありかたをどう考えるか。
- 外来は難しい。おそらく全体としての医療費推計。ただし、在宅医療についてはDPC開発は可能。
- DPCを用いたpopulation のコスト構造の記述 → DPCをベースとした日本版HCCの作成。

