

講演 I

「なぜ DPC は必要だったのか」

講師 千葉大学客員教授 元厚生労働省健康局長

座長 国立病院機構九州医療センター 医療情報管理センター 実務統括管理者

矢島 鉄也
阿南 誠

みなさんの診療情報管理士会の阿南会長は DPC 制度の創設に係わったメンバーの 1 人です。その阿南会長から、「なぜ DPC 制度が必要だったのか」というテーマで話をしたいと頼まれたので断ることもできず講演を引き受けました。今から10年以上前の話になります。パソコンの古い資料を探したら、制度導入時に私が説明会で使っていたスライドが見つかりました。新しい資料と、私が10年以上前に使った懐かしい資料とを組み合わせながらお話をさせていただきます。

図1が今年4月の資料で1,585病院、49万床が DPC 対象病院になり、一般病床に占める割合が55%になりました。最初は大学病院の80か所と、国立がんセンターと国立循環器病センターの2つのナショナルセンターの合計82病院、6万6,000床から始まりました。当初は病院の数を増やす予定はなかったのですが、皆さんから参加したいという声が出て、結果的に10年間で1,585まで増えて、病床数で49万床、一般病床の55%ですから、かなり多くの病院が DPC に関係することになってきたと思います。

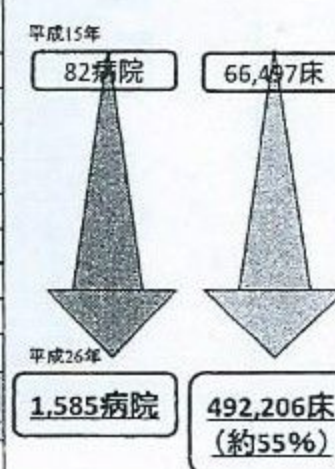
図2は10年前の懐かしいスライドです。制度導入の時に議論をしていたスライドです。ここで何が問題だったのかというと、一番の問題は日本の平均在院日数が欧米と比べてかなり長いことです。アメリカの入院日数が短いのは DRG・PPS という制度があって、支払いが1入院の包括払いで、私たち日本人から見るとかなり大ざっぱなやり方で制度を導入していたと思います。しかしアメリカ以外でもドイツが14.3日、フランスが11.2日、イギリスも9.8日です。アメリカだけかと思っていたら、ヨーロッパも平均在院日数に関しては大変努力している。何で日

図1 DPC/PDPS参加病院数・病床数

- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、平成26年4月1日見込みで1,585病院・約49万床となり、全一般病床の約55%を占めるに至っている。

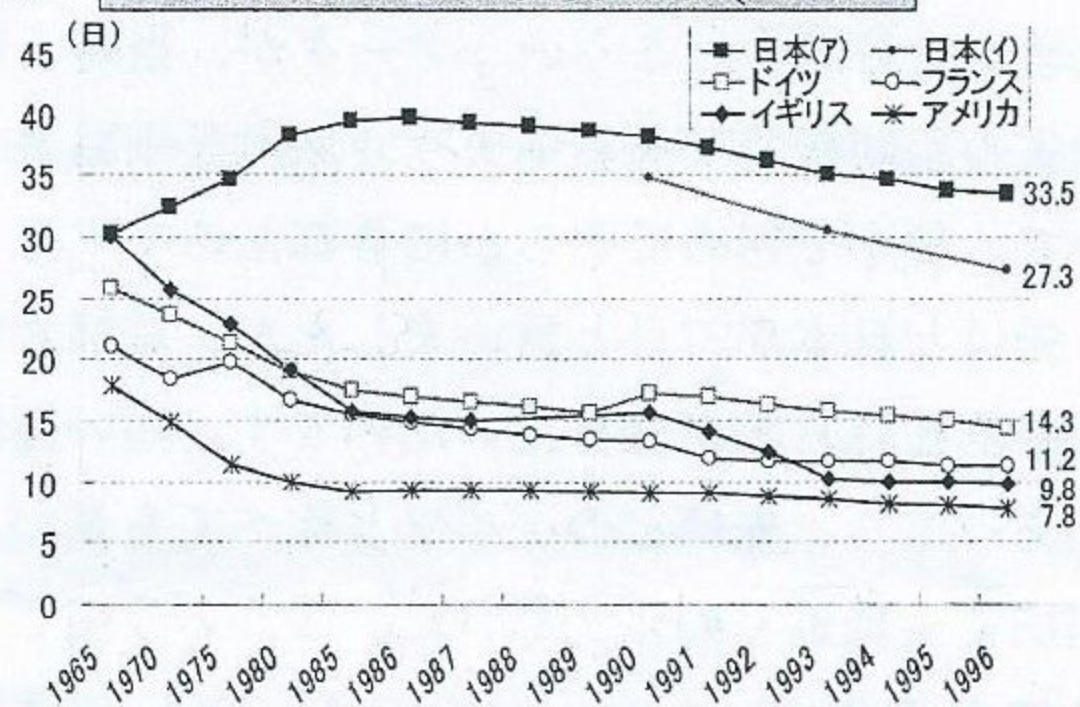
【DPC対象病院数の変遷】

年度 及び データの時期	病院数	一般病床数
平成15年度対象病院 (H15年4月)	82	66,497
平成16年度対象病院 (H16年4月)	144	89,330
平成18年度対象病院 (H18年4月)	359	176,395
平成20年度対象病院 (H20年7月)	713	286,088
平成21年度対象病院 (H21年7月)	1,278	430,224
平成22年度対象病院 (H22年7月)	1,388	455,148
平成23年度対象病院 (H23年4月)	1,447	468,362
平成24年度対象病院 (H24年4月)	1,505	479,539
平成25年度対象病院 (H25年4月)	1,496	474,981
平成26年度対象病院 (見込み)	1,585	492,206
(参考)全一般病院(※) (平成24年医療施設調査)	7,493	898,116



※平成25年度はDPC対象病院の発表は行っていません。
※一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院を指す(医療施設調査)。

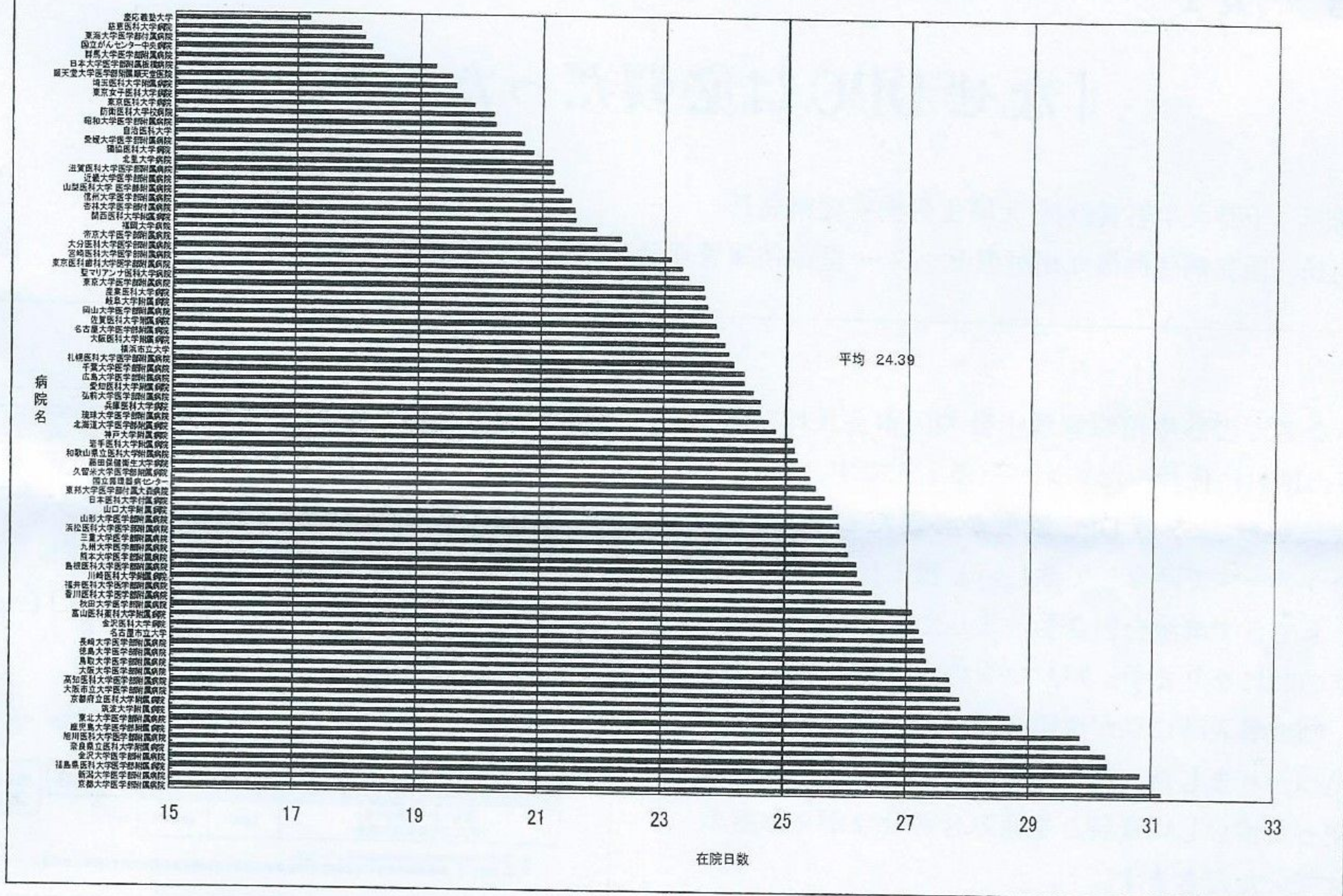
図2 平均在院日数の国際比較(当時)



本はそれができないのか。一般病床で見ると27日ですが、それで長いのかと思ったのですが、一般病床だけで見てもやはり長かった。欧米の2倍以上あるわけです。なぜこんなに入院期間が長いのかという議論がありました。

図3は当時の特定機能病院の平均在院日数のデータなのですが、左に病院名が入っています。DPC 制度を導入する議論の中で病院名が公開されたのです。当時、平均在院日数は慶應義塾大学が一番短かっ

図3 特定機能病院の平均在院日数(当時)



たです。何日かというといと17日だった。最も長い京都大学が31日です。こういうデータが、当時、厚生労働省の諮問機関である中央社会保険医療協議会において、日本で初めて明らかにされたのです。

先ほど日本が27日と言いましたが、京都大学ですら平均在院日数が31日だったのです。短い慶應大学であっても、先ほどのドイツと比べても長い。大学病院でも倍近くの差があった。こういう情報が国民に知らされていなかったのです。DPCの議論の中で、国内の大学病院に限ってみても、なぜ入院日数に差があるのだろうか、何でこんなに医療の質に違いが出てくるのだろうか、ということが議論になっていました。これをどう思いますか？不思議に思いませんか？日本は、平均在院日数が欧米に比べて長い、同じ国内の大学病院でも2倍以上の開きがあるということについて、それまで、きちんと議論されていなかった。当時の総合規制改革会議の中では、医療に関する情報公開がなされるべきだという議論がされていました。DPC制度が始まる前までは、こういうデータは情報公開されませんでした。DPC

制度を導入することでデータが標準化され、比較可能な客観的なデータを公開することができたのです。

今でこそレセプトは電子化されています。電子カルテも普及しています。当時はまだレセプトの電子化は完全に実現されていませんでした。

総合規制改革会議では、診療報酬の定額払を拡大していきましようとか、医療分野まで競争原理を導入しようということが審議されていました。

それから経済財政諮問会議、これは現在もあります。骨太の方針では持続可能な医療保険制度にするために、効率化を図るべきということで、診療報酬体系の見直しとか患者本位の医療サービスを実施するということが方針として出てきました。

それから、これは問題とされたことですが、医療費の総額の抑制、これによって診療報酬が抑えられましたので、かなり現場の医療機関は疲弊したという問題も起こりました。

そのときに出てきたのが、医療保険制度を持続可能とするために何を守るのか。保険制度を持続可能なものにするときに守らなければいけないものは何

か、という議論の中で出てきたのがこの3つです。まず国民皆保険制度。日本国民がいつでもどこでもだれでも医療を受けられる皆保険制度を維持する。それから自分で医療機関を選べるフリーアクセス。それから医療の現物給付。償還払い制ではなく現物給付を維持する。患者が医療機関の窓口で医療費の全額をまず払って、その領収書を医療保険者に提出して、一部負担金を除いたお金が患者に戻ってくるという償還払という方法ではなく、医療機関で払うのは例えば3割の自己負担だとか、それで済むようにしましょう。高齢者医療であれば1割もしくは2割の窓口負担で済むようにしましょう。そういう現物給付、これは基本的に守っていくということの前提で、それならば後はどこを改革していくのかということが議論されました。

当時、21世紀の医療提供体制の姿として出てきたのは、患者さんの選択を尊重していこうということでした。そのための情報提供ができるようにしていきます。患者さんの視点で。患者さんが自分で医療機関を選ぶわけですから、選ぶために判断する情報が必要なわけですね。そのためには情報がきちんと国民、患者さんに提供されなければいけない。

先ほどの入院期間、平均在院日数もそうです。自分のこの病気だったら何日くらい入院しなければいけないのか。どれくらい医療費がかかるのかも含めて、医療内容について情報を提供していく必要がある。この病院だと年間でどれくらい手術の件数があるのか、何人くらいの患者さんが入院しているのか、何日くらい入院しなくてはいけないのかということも含めて、そういう情報を提供していくことで患者さんが病院を選んでいくという時代になりました。

それから質の高い効率的な医療体制ということで、急性期医療を効率化していこう、重点化していこうという話でした。他には、卒後臨床研修の話ですとか、第三者評価、EBM (Evidence Based Medicine) だとかという議論もありました。

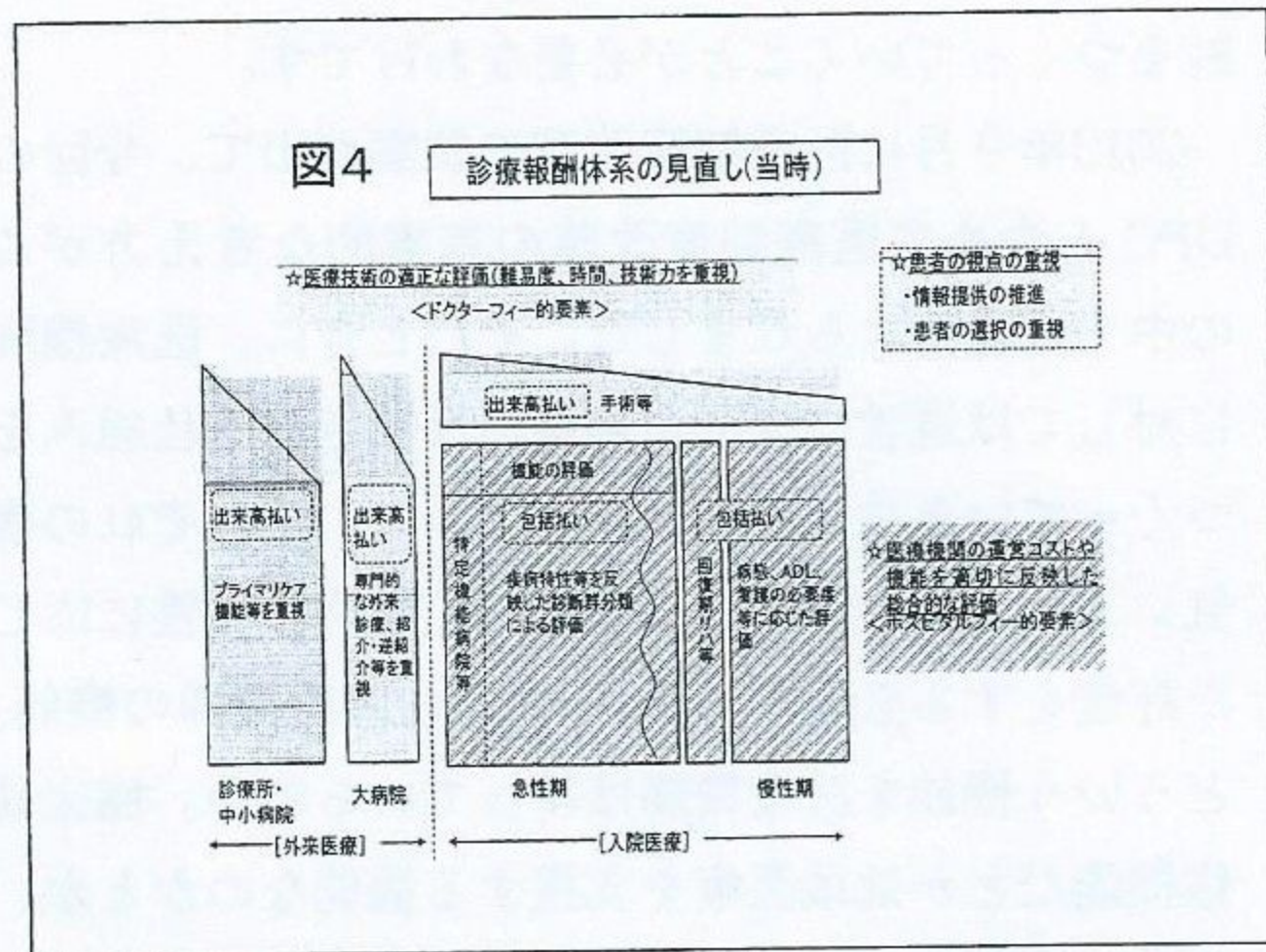
他にも、地域医療の確保とか、そういう議論もありましたけど、一番上にありますようにまず患者さんの目線で、患者さんの視点で医療を選んでいただく。その代わりに、患者さんが選ぶわけですから、自分の責任で選ぶということになるわけです。そのために必要な情報をきちんと患者さんに提供できる体

制をつくっていくことが必要なわけです。

2013年9月に医療制度改革の試案が出て、今回のDPCも含めて医療制度改革の基本的な考え方がこの中で位置付けられました。そのときに、医療機関に対しては運営コストが適切に反映される仕組みをつくっていきましょうということで、それぞれの病気によって特性がありますので、疾病の特性に応じた評価をする必要がある。それから医療機関の機能。どういう機能を医療機関は持っているのか。臨床研修機能だとか地域医療を支援する機能なのかとか、専門的な医療をするのか、それから難病など大学病院としての取り組むべき医療等。さらに、地域との連携。例えば紹介率、逆紹介率、そういうものの役割分担をどう考えていくのかということの中で、医療機関の機能に応じて評価もしていくという考え方が当時ありました。

診療報酬体系の見直しに関しては、医療技術を適正に評価するために、ドクターフィー的要素とホスピタルフィー的要素に再編をする必要があること、それから難易度、時間だとか技術力、あとは重症化なども含めて、評価をしていく必要性が議論されました。

運営コストについては、先ほどの疾病特性だとか医療機関に応じたもの。それから患者さんの視点ということで、きちんと情報を提供していく、患者さんの選択を重視していくという方向に診療報酬も変えていこう、医療制度の大きな枠組みの中で、診療報酬についても同じような形で見直しをしていきましょうという大きな流れがありました。図4は当時の資料です。今から10年以上前ですけれども、当時その中で出てきたのが急性期疾患について、入院医療のホスピタルフィー的なところは包括払いにしましょう。どちらかというところドクターフィー的な要素。例えば入院であれば手術などは出来高にしましょう。それから外来ですね。当時、外来は複数の科にまたがり、ドクターフィー的な要素が強いので、このところは出来高にしましょうという流れになっていました。ですので、青い部分、ここをホスピタルフィー的なものでなるべく包括に持っていきたい、ドクターフィー的なところはできるだけ出来高にする、そういうことが議論の結果でした。あとは、ここにありますが患者さんの視点ということで、情



報提供を推進していく。患者さんが自分で医療機関を選ぶ、患者さんが選べる、そのための情報を提供していくということの議論、これが当時です。これは今とそんなに変わってないですね。

DPC 制度が始まる前に、阿南さんが勤務する国立病院機構の九州医療センターもモデル病院に入っていましたけど、まず国立病院等10病院での定額払いの試行が平成10年から実施されました。当時の厚生省にとっては身内なわけですけれども、国立病院の中で定額払い方式を行いました。まだ、日本には診断群分類の略称はなく、アメリカではDRGと呼ばれていた。ですから、そういう経緯で、日本版DRGとも呼ばれていました、その試行を始めました。1998年のことです。そのときから阿南さんはずっとこの制度にかかわっておられます。2000年に中医協でこの調査の概要を報告して、見直しをして、2001年に民間病院も参加するようになりました。それで新しい方式によって施行が開始されるという歴史を踏んできていたわけです。このような歴史の中で、診断群分類の導入のためにいろいろなエビデンスを積み重ねてきました。具体的には、アメリカのDRGをそのまま導入すると何が問題で、日本でやるためにはどう工夫したらいいのかということが実績として集まってきて、何ができて、何が難しいかが見えてきました。

そのような状況の中で、当時、国立病院等10病院ではアメリカのやり方を参考にして、日本版のDRG (Diagnosis Related Group) の試行をやっていたわけです。アメリカは国際疾病分類ICDの分類で1万以上ある病名をマンパワー、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度から、統計学的に意味

のある500から1,500程度の病名のグループに整理して分類する方法を使ってきました。これは分類の仕方です。それに1入院包括支払い、PPSという1入院当たりの報酬を導入したのです。

日本の診断群分類はアメリカと違って工夫をしております。病名とか処置、手術の診療行為、合併症があるかどうかということで、3層構造。英語で説明する場合には今のDPC (diagnosis procedure combination) という方法でアメリカのDRGとは違う形をしています。

当時、イギリスでも同じ診断群分類でHealthcare Resource Group というものがありました。そういうものが各国いろいろとあったわけですが、そういう中で日本はどのような方向に進むのかというときに、アメリカの制度とは違うやり方で進んでいこうという流れに少しずつ変わってきました。

アメリカは、診断群分類の歴史は古くからありました。1968年からデータが蓄積されていきました。初めはエール大学で測定評価法の研究が進められていて、それが1983年にアメリカの連邦政府がメディケアという制度の中で65歳以上を対象とした入院患者さんのホスピタルフィーの部分にこの診断群分類を使った定額払い方式を導入して、これで一気に有名になったのです。1983年から日本でもアメリカの動きを見ていろいろな研究が始まりました。実は、私は1984年に保険局医療課に在籍していて、その動きを見ていたのです。

フランスやドイツなどヨーロッパでも診断群分類や包括払いが検討され、すでに導入をされていたものもありました。

診断群分類はアメリカのDRGをそのまま導入が可能かという議論の時にいろいろな問題が指摘されました。特に分類の方法が実現可能かどうか、それから支払い方法などに対応が可能かどうかということを検証しました。イギリス、ドイツ、フランスなど、ヨーロッパ各国が、もともとアメリカのDGRの基本的なところから始めて、いろいろな形が変わって、各国いろいろな特徴があることが分かってきました。

この中で、どのようなやり方が日本的でうまくいくのか、日本にとってどのようなやり方でやっていくのが一番いいのかということが議論になりました。匡

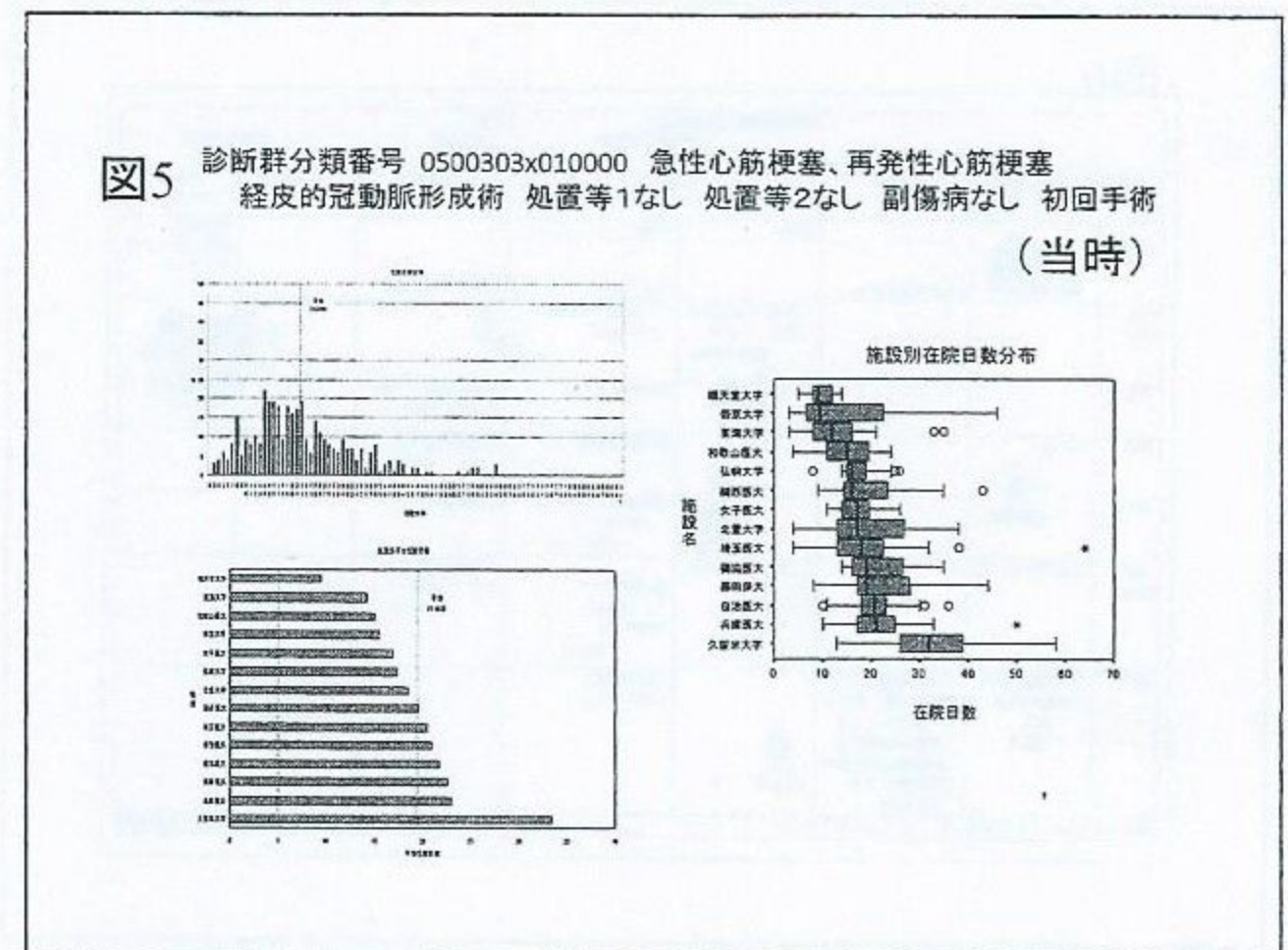
によって、それぞれいろいろ独自の、いろいろなやり方で工夫をしているということが分かってきたのです。

アメリカのDRGの場合ですけど、アメリカの場合は、まず手術があって、術式があって、その後に病名がきます。アメリカはホスピタルフィーの支払いへの適用だけですので、ドクターフィーを分けていますのでこういうやり方がアメリカの場合には可能だったのかもしれませんが。

それに対してフランスですね。これが実は今回のDPC制度の元になっているのですけれども、患者さんの状態、初診から24時間以内の入院かどうかとか、感染症があるか、外傷があるかとか移植手術があるか、そういうものを判断して、それを具体的に、病名のところで、外科であれば手術が必要かどうか。あとは年齢だとか、副傷病だとか、合併症があるかどうか。内科であれば病名が出てきて、年齢だとか合併症があるかどうかということによって分けていく。日本はアメリカのDRGのような考え方ではなくて、むしろフランスがやっているようなやりの方が日本にはふさわしいのではないのかという考え方で進んできました。

それからコストデータと支払いということですが、アメリカは医師の費用を含まないデータ、要するにホスピタルフィーだけでやっている。ところが日本の診療報酬は、診療報酬点数表の中ではドクターフィーも含んでいますから、手術の点数など分けられないところもある。フランスの場合は医師の費用を含んだコストデータという形で一ホスピタルフィー部分とドクターフィー部分の両方を合わせた形で評価をしているので、そういう意味でもアメリカのやり方よりもフランスのやりの方が実現可能ではないかと議論されました。

フランスでは地域特性だとかを評価をするところがあるのですが、これが機能評価係数につながっていきます。それぞれの病院の機能に着目して評価をしていくということを考えていたわけですけども、最初から導入することは難しかったので、今は徐々に調整係数から機能評価係数の方に変わりつつありますけれども、病院のいろいろな特性、機能、それから地域性とか、そういうものを評価していくこともこの中でできます。



それから各病院が経営を維持していく、その病院がきちんと経営ができるようにしていかなければならない。そういう意味では調整係数という激変緩和措置を導入して、病院がきちんと経営できるように配慮して制度をつくりました。

基本的な診療報酬体系からいえばこういうフランスのやり方を使うのが日本としてすごく合っているというのでしょうか、むしろアメリカのやり方は日本では馴染まないという結論でした。

図5はDPC制度を実際に導入した当時の日本のデータですけれども、見ていただくと分かりますけど、大学それぞればらついています。図5は急性心筋梗塞、10年前のデータですから、今はもう少しばらつきがなくなっていると思いますけど、これだけ在院日数のばらつきに差があるわけです。このデータを見て、なぜ自分の病院はこれだけ長くなるのか、きちんと説明できるのか。逆にこっちの病院はなぜこんなに短くできるのか、ということも含めて、これはお互いに名前が出ていますから情報を交換することもできる。

入院日数の違いをきちんと説明が出来るようにする。病院同士で、同じ入院でも、同じ病名で、同じような手術で、なぜこれだけ違いが出てくるのかということがきちんと説明できなくてはいけないわけです。これを見れば、自分の病院の何が原因で入院日数が長くなるのか、どういうところにお金がかかっているのかということも含めて、その要素を分析することができるわけです。

そういった意味で、診断群分類を使うことによって、実際に標準化が推進され、それから医療現場で

図6

再検査結果を受けられる()		主治医()		受持ち看護婦	
経過	手術前日	手術当日	1日目	2日目	3日目
食事	□22時より絶食	□夕食(全粥)	□朝食(全粥)		退院です。気を付けてお過ごし下さい。
内服		□午後から手術の準備、午前中輸液500ml	□夕食後内服開始(抗生剤)		
排泄		□尿の管が入る	□排便(6-7時)	□排便(6-7時)	
清潔	□入浴		□外科的消毒	□出血少量ならOK、拭拭可	
安静		□起床後3.5時間後ベッドアップで起床可	□歩行開始		
検査	□検査(4回/日)	□検査(4回/日)	□手術室にて「ドレナージ」検査(6-7時)時まで	□検査(4回/日)	□検査(4回/日)
説明	□入院時の説明 □手術の説明 □医師・看護婦	□必要物品のチェック T字帯1枚、アメジスト巾着1枚 □術科医師説明 □手術室設備説明 □薬剤師による薬剤指導	□術後説明(家族・本人へ)		□退院指導 - 家での生活 - 外来受診日

図8 日本における診断群分類開発の基本的考え方

- 医療資源の使い方(手間のかかり具合)の均質性に着目した診断群分類の開発
 - 臨床状態
 - 技術難易度
 - 人的・物的資源投入量
 - 在院日数
- 永続的なもので無く、医療技術の進歩などに対応するように、継続的な精緻化を行う

図7

患者氏名()		主治医()		受持ち看護婦()	
項目	手術前日	手術当日	1日目	2日目	3日目
入院	○入院	○手術	○手術		
生命	○入院中に死亡	○手術中に死亡	○術後、生命維持が困難	○術後、生命維持が困難	○術後、生命維持が困難
経過	○手術後、経過良好	○手術後、経過良好	○手術後、経過良好	○手術後、経過良好	○手術後、経過良好
検査	○検査(4回/日)	○検査(4回/日)	○検査(4回/日)	○検査(4回/日)	○検査(4回/日)
説明	○入院時の説明	○手術の説明	○術後説明		○退院指導

実際に使えるものという形になっていくと思っています。例えばA病院とB病院のクリニカルパスがどうなのかと比較して、その差をもたらしている要因を分析して、それぞれ工夫していただく。このような方法は、イギリス的な診断群分類の活用だと思っています。

図6は患者さん用のパスですけれども、入院期間を設定して、うちの病院では何日で退院しますと明確にする。実際に医療機関の中では医師による包括指示の形で、何日目にはどんな検査、どういう処方、ということも含めて包括的に指示が出来る。さらに、医療関係者、コ・メディカルも含めて病院の中で情報を共有して、パス(図7)を改善していく中で、入院日数も含めて、検査日の調整だとか、いろいろな診療の方法について改善をしていくことができる。

逆に、患者さんの立場に立つと、患者さんに情報が提供されることによって、医療の質というものを選んでいく、患者さんもパスを見て医療機関を選べるようになる。また、地域の医療機関が患者さんを

紹介する場合、パスを見て安心して紹介ができるようになる。

日本においては診断群分類に関する基本的な考え方として、医療資源の使い方、均質性に着目した形で診断群分類をつくってきました。臨床の状態、技術の難易度、人的・物的資源の投入量だとか在院日数。これらを検討することによって、継続的な精緻化を診療報酬の改定のたびごとに絶えず行っているわけです。図8は我が国の診断群分類の考え方です。これは制度をつくる時に一番皆さん方にご協力をいただいたところですが、医療資源を最も必要とした病名。医師は臨床的な、学問上の論文を書くときの病名はすぐ思い浮かぶのですが、実際にどれだけ手間がかかったか、コストがかかったか、お金がかかったか等は苦手なのです。

しかし、診療情報管理士は、どれだけ手間がかかったかとか、医療資源がどれだけ投入されたかについて情報を持っています。実際には診療報酬でそれを評価するという形になるわけですから、医療資源を最も投入した病名というものを理解し選択することは、皆さん方が一番得意なので、そういうところを皆さん方に一番期待したわけです。医師が分からないようなところでも、実際にコストが掛かった、医療資源を投入したところをきちんと病名を見つけていただく。最終的には医師の責任で判断するわけですが、それを支援していただきたい。実際に手術はどうだったのか、それから合併症、副傷病はどうだったのかという形で分類をつくっていくという、日本の場合にはアメリカと違ってこれを診断群分類の基本にしたわけです。

日本は、傷病名があって、処置手術があって、副傷病名、重症度という形の、この3層構造の分類をつくるということで、アメリカとは違う分類をつくるというやり方をしました。これはもう皆さん方診療情報管理士の方々になければできないと思っていますし、これをつくるために実際には、阿南さん、それからあと当時、国立仙台病院におられた上田さんが東京の某所、あそこはまだ場所は言っちゃいけないんでしょうけど、霞ヶ関の隣の駅、1つ離れた駅に月に2回集まったのです。毎月2週間に1度ずつ集まって。今日、私の後で講演をされる今中先生もメンバーに入っていました。10名ぐらいで作業をしました。月2回ずつ1年以上ずっとやっていたと思います。

実はこの作業をすることによって実際にこういうロジックの中にどうやって落とし込んでいくのだろうかということのマニュアルをつくっていただくのに阿南さんとか、上田さんとか、本当にお世話になりました。そういう意味で皆さん方診療情報管理士がいらっしゃらなければDPC制度はできなかつたと思っております。実際にそういう作業、いろいろな検討を踏まえて、中央社会保険医療協議会で議論して、特定機能病院において2003年4月1日から実施することが正式に決まったのです。

ただし、かなり誤解もありました。過小診療とか委縮診療にならないかどうか、これが心配されました。それから重症の患者が病院から追い出されるのではないかという心配。例えばこの病気は平均在院日数が20日という結果が出た場合、20日分しか診療報酬が支払われないと21日目に追い出されてしまうのではないかと、そういうことにつながるのではないかと、ということが危惧されました。

それから、特に包括払いになると重症患者さんの入院が拒否されるのではないかと、早く退院できそうな人たちだけを受け入れるようになるのではないかと、とか。レジユメに書きましたけど、チェリーピッキングだとかクリームスキミングと呼ばれることが実際にアメリカのDRG、1入院包括払いというシステムにしたときに起こった問題点なのです。

患者さんの選別だとか、重症の患者さんが早く病院から出されるようにされてしまうのではないかと、という懸念が出ていました。これは我々も一番頭を悩

ませたところでした。そういうことがないようにしないといけない。患者さんにとってどうすることが良いのかということが重要なわけです。

最初は大学病院、国立がんセンター、国立循環器病センターの82病院ですが、なぜこのときに特定機能病院に限定したかというのは、実は特定機能病院は診療データの管理体制を持つことが必須要件だったのです。DPC制度は病名のICD-10コーディングが必要となりますが、特定機能病院になるためには診療情報の電子化が要件になっていたのです。既に医療情報、電子カルテだとかに関する担当する組織を持っていましたので、電子化は心配しなくても済みました。それから基本的には高度な医療を担当しているのです。大学病院の医師は学問的に最高の医療を追及するので手を抜くことを考えない、過小診療が起こりにくい、また、大学病院は一般病院では手におえない難しい患者さんを優先的に引き受けてくれるということがありました。それから、臨床研究だけではなく、医療情報学、医療経済学などのいろいろな医療研究も期待でき、制度の精緻化に向けた研究も期待できるということで特定機能病院に限定して始めることになりました。

2003年にこの診断群分類。これは阿南さんやいろいろな方々にお手伝いしていただいて分類表が出来上がって、制度を導入してきた。これが当時から今までもやってきたわけで、基本的にはその当時の議論、まずは平均在院日数をいかにして欧米と同じレベルにしていくかということ、それから患者さんにいかに情報を提供していくかということ。実際の診療内容についてパスを使って患者さんに情報提供する。その情報提供の中で、医療機関も自分の病院がほかの病院と比べてどれだけ違うのかを認識していただく。同じ病気で同じ手術をしているのに何で治療に差があるのか、それを見ていただいて、自分の病院と、例えば、平均在院日数が短い病院とそうじゃない病院を比べて、その違いを見ることによって検査方法、治療方法を改善していく。どうしても患者さんの重症度等、診療に欠かせない要素があるわけですので、短ければいいというわけではないですから、そのところを本当に必要な入院期間のばらつきであるのかどうか検証して、それを情報提供することによって、比較検討し、その結果、ば

らつきが少なくなっていくことが期待できるのです。

図9～18は今の制度についてです。DPCはDiagnosis Procedure Combinationですからまさに、診断と処置手術の組み合わせでやっています。PDPSは、Per-Diem Payment Systemで、1日当たり包括払いということでPDPSと言っています。ですから、DPC/PDPSというシステムになっています。1入院の診療報酬点数ではなくて1日単位の診療報酬点数にしたことが日本的でよかったと思っています。患者さんにとってのメリットを尊重して、包括部分と出来高の部分で足し合わせて、基本的なところについてはDPCの1日当たりの点数、在院日数と医療機関別係数で今の仕組みができあがったわけです。

今、議論になっているのは、医療機関別係数で基礎係数、機能評価係数の取り扱いで、これは制度を導入するときに、病院が制度導入前の年と同様に経営をきちんと維持できなければいけませんので、前年度と同様の診療報酬点数が確保できるように調整をする必要がありました。

大事なことはこの係数をつくることによって、患者の重症度が同じ、つまり、同じDPC係数の患者さん、要するに同じ手間のかかり具合の患者さんが同じ人数だけ、同じ日数入院したら前年度の医療機関の診療報酬が前年度と同額が確保できるようにつくってあるということです。

ですから、基準が分かれば、病院は努力することが出来る。例えば平均在院日数を短くすれば点数が高いですから、平均在院日数を短くすることによって収入を上げることができる。それからDPC係数が高い患者さん、低い患者さんという単純な考え方ではなくて、手間のかかる患者さん、難しい患者さん、重症の患者さんを沢山引き受けることによって診療報酬点数が高くなるという仕組みになっています。

しかし、逆に、前の年と同じ難易度。要するに手間のかかり具合が同じ患者さんを同じ人数、同じ入院期間受け入れた時は変わらないので、そういう意味では、経営のインセンティブはかからないわけです。しかし、入院日数を減らすということに関してはこの仕組みでかなり動いて、医療機関にとってもメリットがありますし、患者さんにとってもメリッ

図9 DPC/PDPS導入の経緯(1)

- DPC制度(DPC/PDPS)は、平成15年4月より、閣議決定に基づき、特定機能病院を対象に導入された、急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度である。

〔平成15年9月28日閣議決定〕より抜粋

急性期入院医療については、平成15年度より特定機能病院について包括評価を実施する。また、その影響を検証しつつ、出来高払いとの適切な組合せの下に、疾病の特性及び重症度を反映した包括評価の実施に向けて検討を進める。

〔平成23年1月21日閣議決定〕より抜粋

- ・ DPC/PDPSの導入に先立って、平成10年11月から国立病院等10病院における1入院当たりの急性期入院医療包括払い制度の試行が実施された(平成16年3月まで)。
- ・ 制度導入前に実施された包括払い制度の試行において、同じ疾患であっても患者によって入院期間のばらつきが大きく、1入院当たりの包括評価制度と比較して1日当たりの包括評価制度の方が、在院日数がばらついていても包括範囲点数と実際に治療にかかった点数との差が小さいことや、1日単価を下げるインセンティブが存在すること等が示されたことから、在院日数に応じた1日あたり定額報酬を算定する、という現行のDPC/PDPSが導入された。

図10 DPC/PDPS導入の経緯(2)

※ 「DPC/PDPS」について
「DPC; Diagnosis Procedure Combination 診断群分類」
Diagnosis 診断
Procedure 処置(手術、検査等)
Combination 組み合わせ

「PDPS; Per-Diem Payment System 1日あたり包括支払い制度」
Per-Diem 1日あたり
Payment System 支払い制度

- ※ 「DPC」という呼称については、
① 診断群分類に基づく1日あたり定額報酬算定制度
② 患者分類としての診断群分類
本来DPC (Diagnosis Procedure Combination) は②の意味で作られた略称であり、①を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にするべきという指摘があったことを踏まえ、支払制度としてのDPC制度の略称についてはDPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System) とすることで平成22年12月16日のDPC評価分科会において整理された。

図11 DPC制度における診療報酬

包括評価の基本的考え方①

(包括評価の基本原則)

適切な包括評価とするため、評価の対象は、バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性(類似性・代替性)のある診療行為又は患者群とする。

前提① 平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬(点数)を設定

- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目(包括範囲)全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。
- 逆に、個別症例に着目した場合、要した医療資源と比べて高額となる場合と低額となる場合が存在するが、個別的には許容する必要がある(出来高算定ではない)。
- 一方、現実の医療の中では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、アウトライヤー(外れ値)処理として除外等の対応を行う(後述)。

トがあるのでかなり短くなってきました。最初のデータを見ていただきましたけど、それに比べるとみなさん努力をされた。まだまだ改善すべきことはあると思いますので、そのところは見直しが必要になります。

図17は診療報酬の話ですね。Aの面積とBの面積を同じにするロジックです。早く退院してもきちんと黒字になるし、なるべく平均在院日数を短くすれ

図12 DPC制度における診療報酬

包括評価の基本的考え方②

- 前提② 包括評価(定額点数)の水準は出来高報酬制度における点数算定データに基づいて算出
- 制度設計に際し、包括評価(定額点数)のあり方や具体的な手法については様々な議論や検討がなされたが、
 1. 既存の出来高診療報酬体系で評価されていた医療機関の報酬体系の移行としてDPC/PDPSを発足させたこと、
 2. 既存の診療報酬体系と独立したコスト調査等の結果に基づく包括点数設定は現実的に困難なこと(データや評価体制が不十分)、
 等から、包括評価(定額点数)の範囲に相当する出来高点数体系での評価(点数)を準用した統計処理により設定する方式を採用している。
 - (※ 包括評価の設定は医療資源投入量を評価して設定すべき、という考え方から逆に見れば、出来高報酬制度における点数を医療資源投入量の近似値として使用(準用)している、と見ることもできるが、制度設計としては、出来高見合いの報酬(点数)設定が基本となっている。)
 - このことから、包括評価(定額点数)の水準の是非についての議論は、DPC/PDPS単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる出来高点数体系での評価水準の是非に遡って検討する必要がある。

図13 DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法

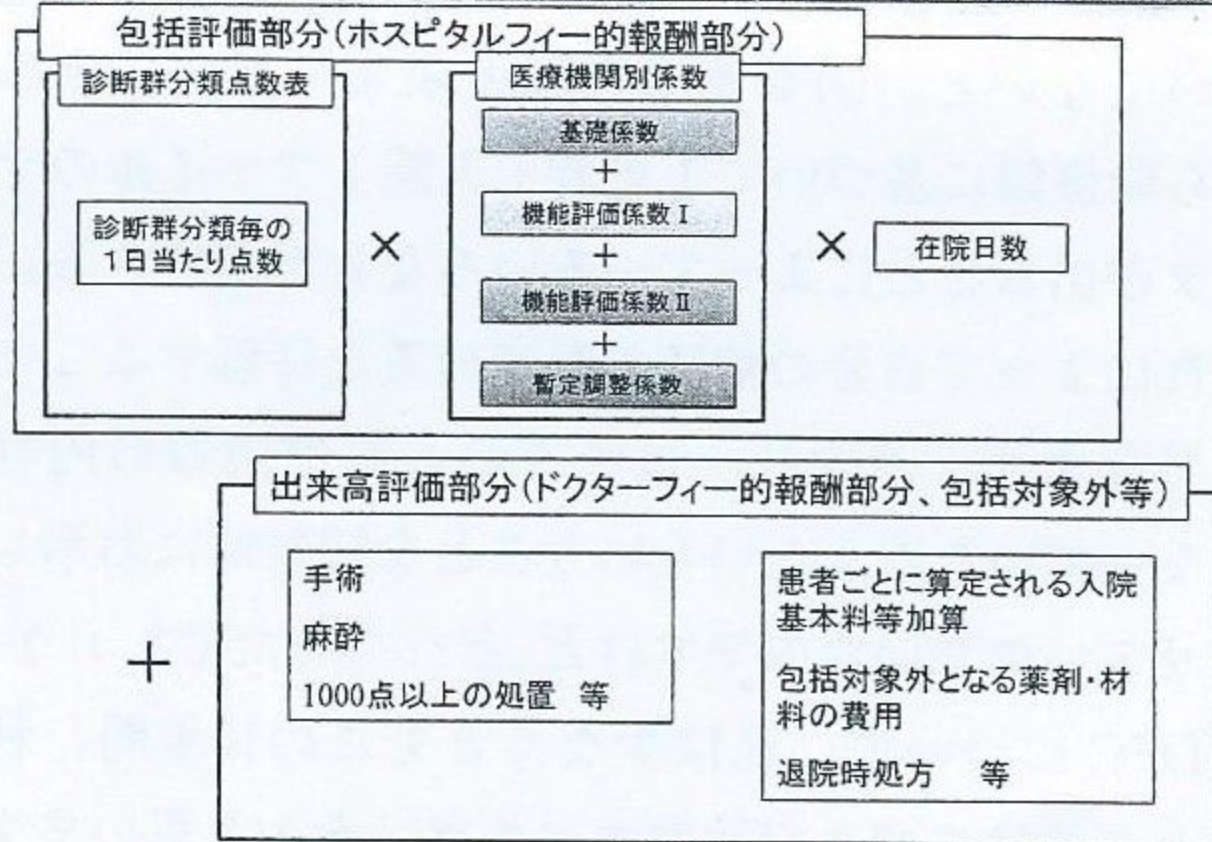


図15 診断群分類番号(14桁)の構成

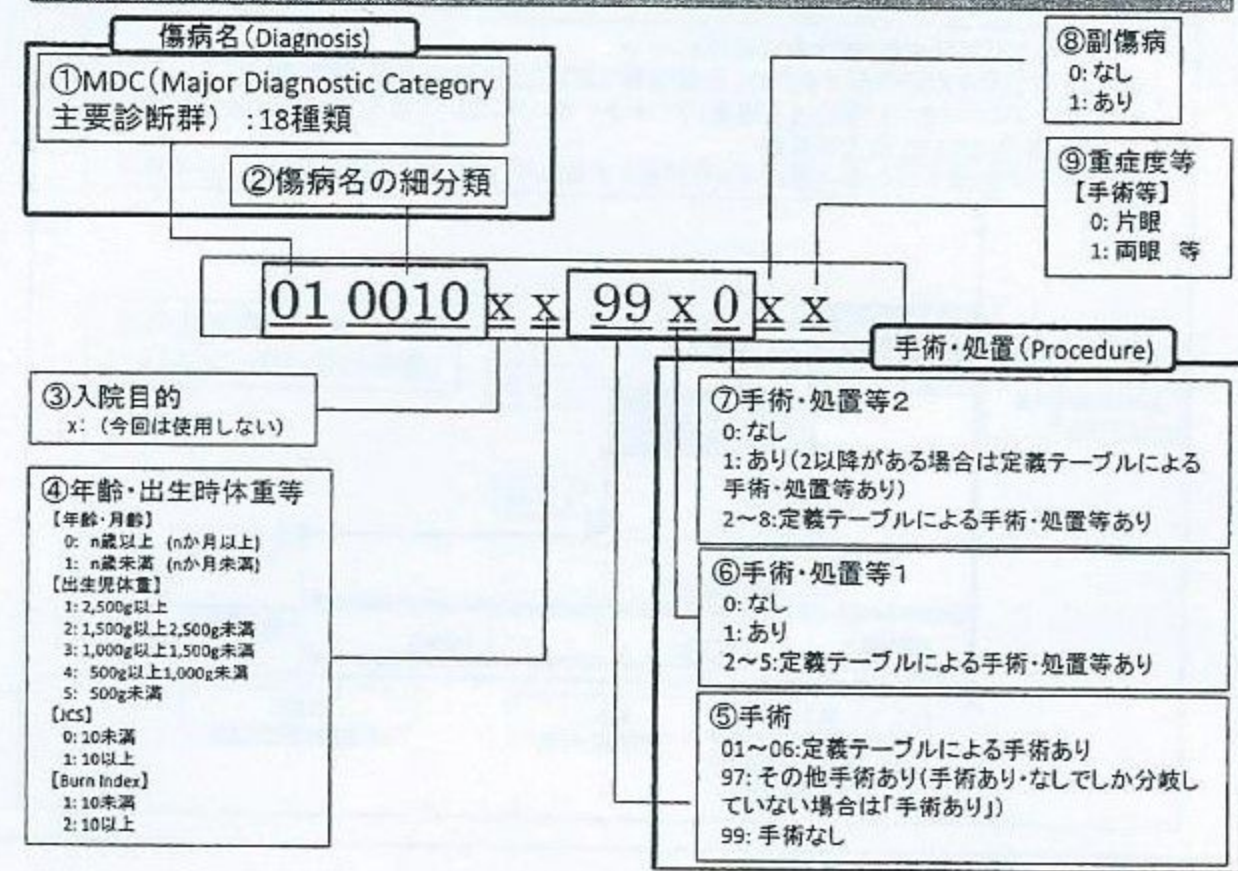


図16 診断群分類点数表の算定方法①

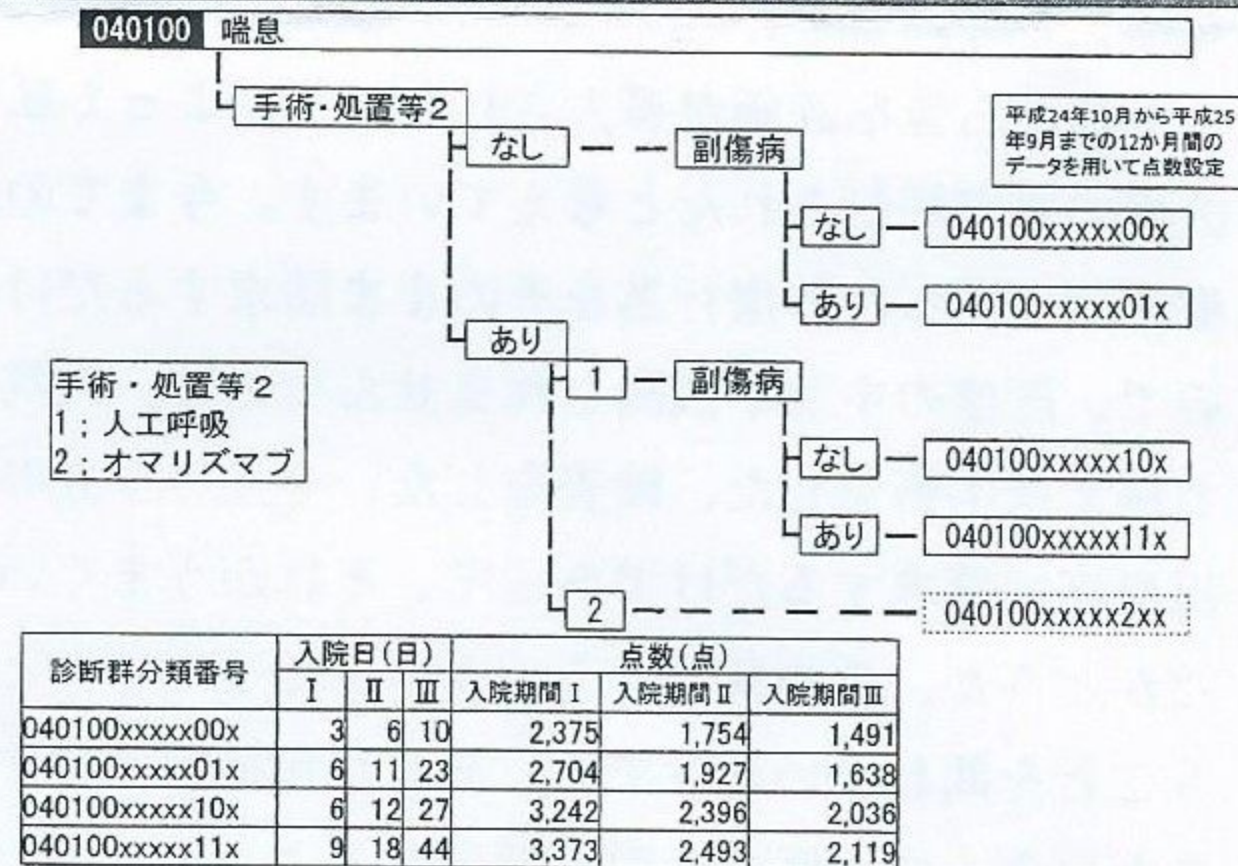


図14 診断群分類(DPC)の基本構造

- 日本における診断群分類は、
 - ① 「診断(Diagnosis)(医療資源を最も投入した傷病名)」
 - ② 「診療行為(Procedure)(手術、処置等)等」
 の順に分類されている。
 - 「傷病名」は、「ICD-10:国際疾病分類(※)」により定義されており、「診療行為等」は、「診療報酬上の医科点数表上の区分(コード等)」で定義されている。

※ ICD-10 [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 国際疾病分類第10版(2003年改訂)]
- MDC 18種※
ツリー 2,873分類
(うち包括 2,309分類)※
※ 平成26年度改定における数
- わが国の診断群分類開発では、臨床家の思考方法に近い形で判断樹を作成していくことを基本的理念としている。
-

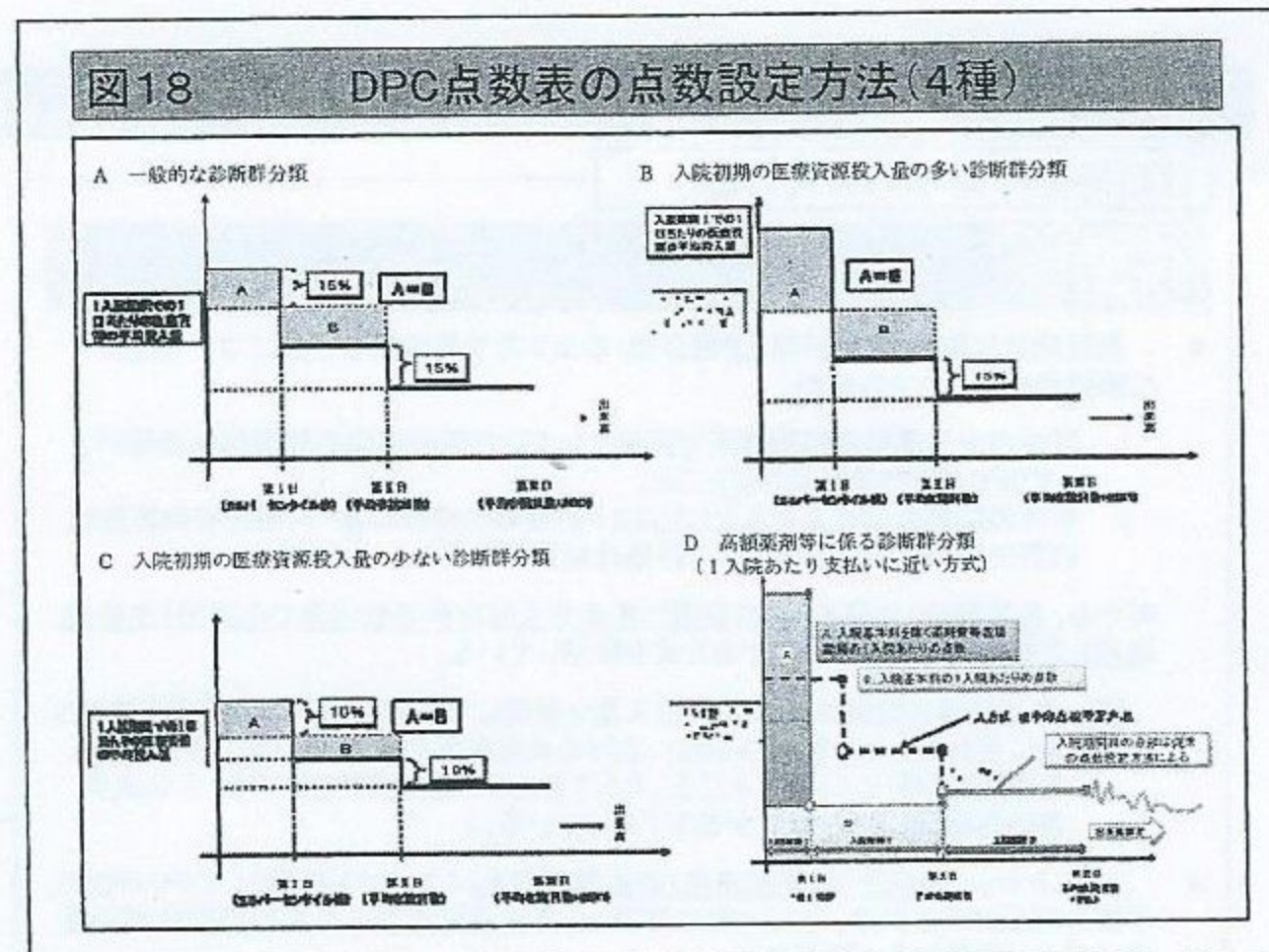
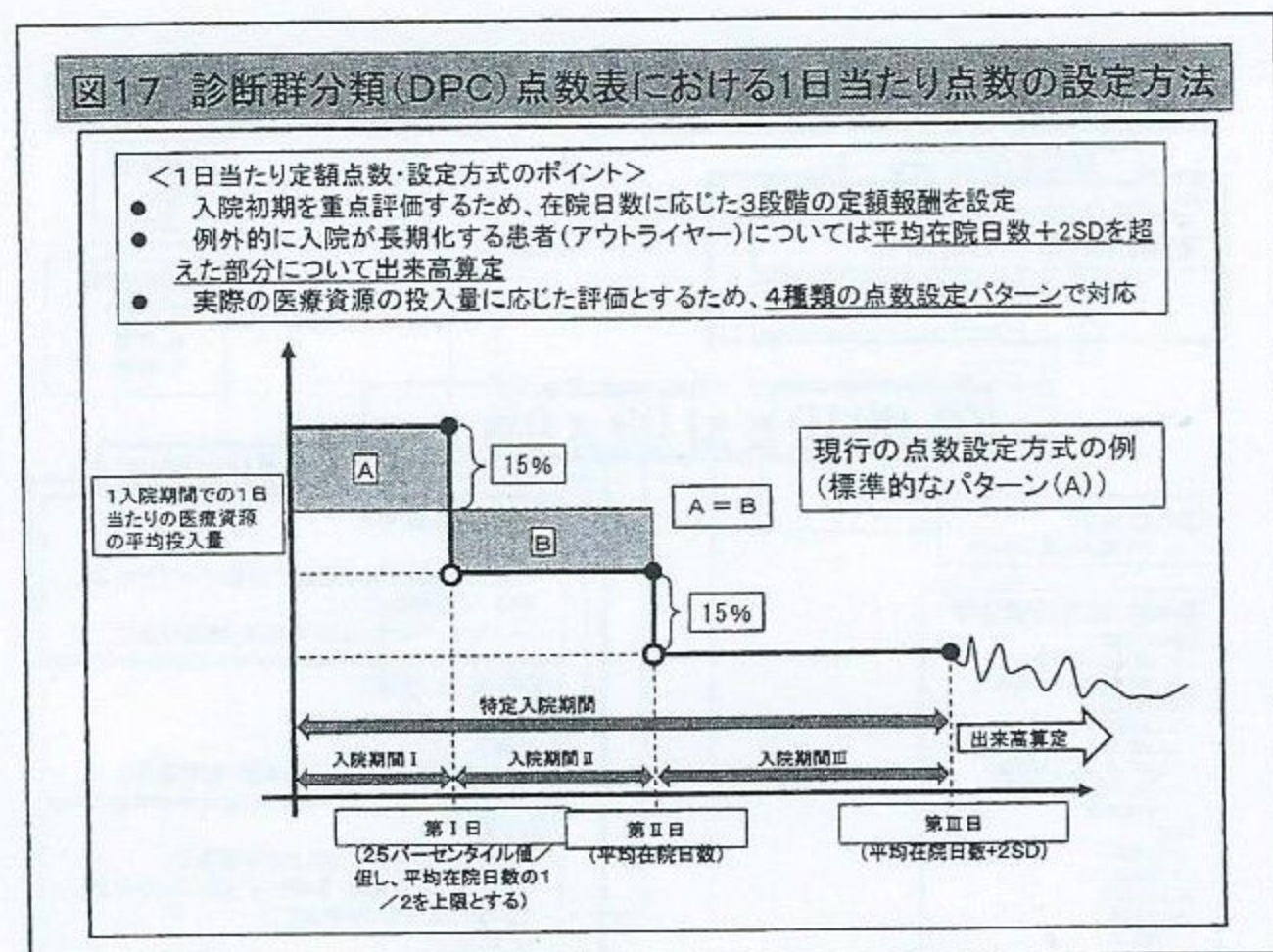
ばそれだけ患者さんや病院にメリットになる仕組みにしたのです。

そのときに問題になったのが、例えば抗がん剤治療などはプラスが15%では足りないのです。刻みをぐっと短くしないと、例えば高額な薬剤、特に抗がん剤などの場合には対応できなくなるので、いろいろと細かい工夫をしてきた経緯があります。

最初に導入された1群と呼ばれている大学病院等

の特定機能病院82病院の他に、今は2群、3群といった病院が増えてきているわけですが、今後はこの2群、3群の扱いがどうなるかが議論になってくると思います。今後基礎係数の具体的な見直しが必要になってくるということで、どうしても患者さんの重症度、合併症の違いでいろいろなばらつきがあります。でも標準的な形の中でそのばらつきがなるべく少なくなる形で持っていくことによって、患者さんも同じサービスをきちんと受けられる形に変わってくると思っています。

レセプト用の病名で保険請求する習慣があります。しかし、DPC制度では、その基本となる診断や病名がきちんとしていなければ請求できない仕組みです。その病名が根拠のないレセプト病名ではだめなわけで、きちんとした病名になっていなければいけない。診断に関する情報、どういう根拠でこの病名が付与されたのか、必要な検査をどうやって決定したのか等、診療情報はカルテの質です。このことが一番よく分かるのは診療情報管理士の方々だと



私は思っています。

それから包括評価が導入されたことによって私は医療の質が評価されたと考えています。今までの診療報酬はやった診療行為をそのまま請求するだけなので、医療の中身が議論されませんでした。入院して例えば手術をした、検査をした、そういうものを出来高で請求するだけであって、それがうまくいったかどうか、その質、どういう中身だったのかということをお問わないわけです。それが包括評価をすることによって、医療の質が問われるようになった。投入したコストなどがどうなってきたか、どういう結果を導いたのかということが問われるようになった。診断群分類の概念が導入されたことによって、病院のデータが情報公開によって比較される。病院が地域の中でどういう役割を担っていくかについて病院の機能について係数で評価されるようになってきました。

今回の診療報酬改定でもわかるように、DPCデータについてはなるべくいろいろな医療機関からデータを提出することになっています。そのデータが公開される。集められたデータが国民や患者さんにフィードバックされていく時代になったのです。

DPC導入によって診療情報の質の管理が大事になっています。単なるコーディングではないです。診療録管理体制加算の診療報酬点数によって、診療情報管理士の役割はこれからもっともっと重要になってきます。皆さん方の仕事はすごく大事ですし、これからも評価されていくと思います。

それから病院に求められる診療情報管理で重要なことはサマリーですね。退院時サマリー、みなさん

の病院ではきちんと書かれていますか。きちんと書いてないと、DPCもきちんと決まらない。それから診療録に基づいて1患者1入院1ファイルのデータが出ることによっていろいろな分析ができる。これによって自分の病院の医療の質を評価することができます。サマリーはそういう診療情報の内容になっていただきたいということを10年前にお示しさせていただいたのですが、どうだったでしょうか。DPCについて、私は少なくともこの10年間、制度としてはまだまだ改善すべき点はあると思いますが、制度導入時に議論された、目指すべき方向に向かって進みつつあると思っています。

DPC制度に参加すること、これは強制ではなく、手上げ方式ですので、実際に医療機関がたくさん手を上げて入ってこられたのは誤算ではありましたが、その分、データの質が重要になってきました。この流れはすごく大事な流れで、それをきちんと積み重ねていく必要がある。何度も述べたように、一番大事なことは病院の医療に関する情報がきちんと患者さんに提供されていく。患者さんに提供される情報を作っているのは、まさに皆さん診療情報管理士だと思っていますので、患者さんとの関係で私はすごく大事な仕事だと思っています。頑張ってください、期待しています。ご清聴、どうもありがとうございました。