

第131回月例セミナー 【ダイジェスト】

「DPCの概要 特に病院マネジメントの視点から」

産業医科大学 医学部 公衆衛生学教室教授 松田 晋哉

●DPCの開発と構造

私たちは支払いを対象としてDPCを開発してきたわけではありません。医療の本来の目的は患者の治療にあるので、医療サービスシステムの評価には第一の評価指標の確立が必要です。しかし、医療は日進月歩であり、絶対評価は難しく、相対評価となります。相対評価には比較による評価が必要です。私たちはその比較単位がDPCだと考えており、マネジメントの基本であるベンチマーキングのツールとしてDPCを開発してきました。

DPCはどのような構造になっているか。DPCは電子レセプトのプロジェクトです。14けたの数字で9つの部分から成り立っています。9つの部分の数字に対応する定義表があり、それに基づいて患者の分類が行われます。一旦、電子点数表が確立されると、そこから電子レセプトが可能になります。

DPCには全部で約3,100の分類があり、そのうち1,700余が支払いに使われています。すべての患者を分類し、医療資源の必要度から均質性の高い1,700だけがDPCによる支払いの分類になっています。

もうひとつのポイントは、病名に対してどんな医療行為が行われたかということです。従来の支払い方式は出来高払い方式（医療行為の点数に対しての支払い）ですが、DPCでは病名に対しても支払いが行われるようになりました。ICD-10でコーディングされているのが従来と違う点です。

●診療報酬の包括払い

診療報酬の支払いも出来高払いから包括払いに変わってきましたが、すべてではありません。診療報酬は包括評価部分と出来高部分から構成されています。包括評価の範囲は、厚生労働省的には「ホスピタルフィー的要素」で、入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、1,000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・材料等、病棟で使われる一般の薬剤・材料となっています。一方、「ドクターフィー的要素」には手術料、麻酔料、1000点以上の処置料、心臓カテーテル法、病理診断、リハビリテーション、精神科専門療法、手術・麻酔の部で算定する薬剤・材料、特定保険医療材料などがあり、出来高評価となっています。厚労省の方針として、ホスピタルフィー的要素

素は包括、技術料的なものはドクターフィー的要素で出来高評価としていきます。現行のホスピタルフィー的要素とドクターフィー的要素は今の医科点数表を基にしているので、医科点数表が抱えている問題点や矛盾点をそのまま抱え込む形になっています。しかし、医科点数表の見直しが始まっているので、その過程でその矛盾も解決できると思います。

● 通減制の仕組み

入院期間には入院期間 I、入院期間 II、特定入院期間の 3 つがあります。基本になるのは入院期間 II で、各 DPC の平均在院日数です。入院期間 I は 25 パーセンタイル値に相当します。例えば、100 人の患者がいたときに、在院日数の短いほうから 25 番目の患者の入院日数が入院期間 I になります。入院期間 I までは平均点数から 15% 高いところに「1 日当たりの平均点数」が設定されます。そして、A と B の面積が等しくなるように、入院期間 I から II までの点数が設定されます。入院期間 II を過ぎると 15% 減額され、特定入院期間は「平均在院日数 + 2 × 標準偏差」となります。特定入院期間を超すと出来高に戻る仕組みになっています。

● 医療機関別係数

本来は機能評価係数であるべきです。つまり高い機能を持った病院は高い機能を維持するためのコストがかかるので、高い機能を保障する係数として機能評価係数が設定されました。しかし、この分野ではまだ研究の蓄積も少ないので、DPC を導入した当初に医療機関別係数をすべて設定することはできません。さまざまな議論がありましたが、現行の医科点数表の中で機能評価に関連する加算のみを係数化して、機能評価係数という形で設定しています。

● DPC が多くの病院で使われるようになった理由

DPC のつくり方です。我が国の DPC は RDDDL (レセプトデータダウンロード) 方式を使っています。日本は出来高払いという歴史の中で各病院や各医療施設がどのような医療行為を行ったのかというディクショナリーを持ったレセプト作成用コンピューターを開発してきました。各患者に対する医療行為の記録データはレセプトデータをつくるコンピューターの中にあります。それを使って患者に病名などの追加情報を入れると、レセプトデータを使って DPC への割り付けができます。レセプトデータを最大限に使って日常の医事業務の中で DPC を発生させることができる方式が採用されたことだと思います。

DPC は「支払い方式の改革」ではなく「病院マネジメントの改革」だと考えています。

経営面では DPC を用いた収入管理や支出管理、臨床面では品質管理や診療裁定機関が重要になります。

DPC は何のために必要なのでしょう、定額先払いのためだけではなく、一番大事なことは見直し（管理・マネジメント）を得るためです。全国一律の形式でまとめることによって比較ができます。比較検討を通して自分の病院の経営面や臨床面で改善すべき点があれば改善していきます。DPC によって各地域で傷病構造が推計できるので、その中で自分の病院がどのようなポジショニングにあるのかを知ることにより、戦略的な経営を行うことも可能になります。

●臨床指標

DPC で包括払いが始まったことによってコストに対する関心が非常に高まり、粗診粗療が起り得る可能性はあります。その対策として DPC による支払いとは別の仕組みをつくる必要があります。その代表的なものが臨床指標です。DPC ではリスク調整死亡率、術後合併症の発生率、院内感染症の発生率のデータを取れる構成になっています。

●効率性・複雑性インデックス

平成 14 年の特定機能病院だけの平均在院日数は 21 日で、ある病院の平均在院日数は 25.3 日でした。4 日間の違いは 2 つの理由が考えられます。ひとつは、この病院が各 DPC の在院日数を長くみていることです。もうひとつは、この病院ががんの患者など、在院日数がより長くなる DPC の患者を診ていることです。つまり複雑性の高い患者を多く診ていることとなります。そのどちらによるのかを指標化するのが効率性インデックス、複雑性インデックスです。

効率性インデックスの計算は「病院の患者数×DPC ごとの全国平均在院日数」です。この病院の患者がすべて各 DPC の全国平均在院日数で入院すれば何日になるのかという係数になります。これを計算すると 22.2 日、実際の平均は 25.3 日なので、全国平均と同じ日数だと 3 日間も短くなります。 $22.22 \text{ 日} \div 25.30 \text{ 日} = 0.87$ になり、複雑性指標で見ると、この病院は全国平均より 12% も効率性が悪い形になります。

逆に、A 病院が全国平均と同じ患者の構成であれば何日になるのかが複雑性インデックスです。

●DPC と経営の質と改善

日本の病院には企画、マネジメント、マーケティングなどが不足していると言われてい
ます。そのもととなる情報もなく、それを扱える人材もいなかったのが今までの現状だ
と思います。特に、財務的視点からの分析ができる人材が院内にいなかったことがこれま
での大きな問題のひとつではないかと思えます。

DPC のプロジェクトでは、K 大学の今中先生を中心に患者別原価を計算する仕組みがで
きました。日本には患者に使ったものを日計で集計できる仕組みが既にあるので、病院の
原価計算は個々の薬価、材料の価格、診療行為の価格を患者に最初から配布できます。配
布できないものだけを病院会計原則に従って設定された原価集計単位に持っていき、そ
こに配布します。

配布係数のつくり方は、収入割りよりも活動基準のほうが好ましいです。このように間
接部門の費用を調整部門と患者に配布して、最後に 2 つを合わせて患者別の原価計算を算
出するのが、「今中マニュアル」です。これは、日本が出来高のレセコンを発達させてきた
故にできる仕組みで、その後ろで EF ファイルという非常に細かいデータ集計単位を持って
いることが一番大きなポイントです。

●病院の情報化

DPC の場合にはまずオーダーリング系の仕組みをつくることです。外来や病棟、オペ室で、
患者に対して行為や薬が実施されたという記録が医事系と物流系に残っている仕組みをつ
くることが大事です。医事請求できないものも含めて、各患者に対して使われたものを把
握できる仕組みをつくらなければ、患者別のコストを推計できません。医事請求できな
いところに意外と無駄があるのが現状です。これは従来通りのレセコンの仕組みを使え
ますが、さらに電子カルテ系で後で使うものから先に電子化することを提案します。

鹿児島大学では「DPC BANK」というオーダーリング系の仕組みを中心として、患者ごと
に日計で何をどれだけ使ったかなどが全部わかる仕組みになっています。これが素晴らし
いのは、医事請求できるもの、できないものを含めてわかることです。日計で出ているの
で、この DPC の患者では平均的にこういうクリニカルパスの過程で何をどのくらい使うか
が、平均像として把握できるようになります。アウトライヤーが発生した場合には、発生
の理由とコストへの影響まで分析できます。鹿児島大学でこれができるのは、オーダーリ
ング系を中心として、医事請求できないものも含めて各材料、各医薬品を患者ごとに日計で
どのくらい使ったのかが把握できる仕組みをつくっているからです。

T 医科歯科大学の伏見先生が DPC のロジックを患者調査のデータに当てはめました。これにより、上 6 けた + 手術の有無 + 副傷病の有無までですが、DPC 別の医療圏内の症例数が推計できるようになりました。その中で自分の病院が何例診ているのかがわかり、占有率を分析できます。

伏見先生が推計した北九州市の医療圏のデータでは、脳腫瘍で手術を受けた退院患者は 3 か月で 51 例、くも膜下出血、破裂脳動脈瘤で手術を受けた患者が 41 例います。

DPC でデータを整理している病院はそのような患者を何例診ているのか計算できるので、占有率を推計できます。

● 質の高い医療

国民が納得して医療費を払うためには、医療機関からも効率的な医療、質の高い医療を行っているというデータを公開しなければなりません。データの公開は必然的に各医療機関が競争しながらも連携関係をつくっていくことになるので、地域での病診連携や診診連携ができていくと思います。医師会などが中心になって、ネットワーク型の仕組みをつくっていくのが一番良いと思います。

情報を今一番集めているのが DPC のプロジェクトです。全国でも 300 の施設が参加しています。その中には特定機能病院、がんセンター、社会保険病院、国立病院の医療センターも入っています。VHJ (Voluntary Hospital of Japan) は日本民間病院で一番有名な病院群です。病院がデータを公開していけば、そのデータに基づいて患者は選ばれた急性期病院に集まっていきます。

若い医者による選択があります。多くの症例が集まって、多くの患者を診られる病院、トレーニングする場として一番望ましい病院に研修医が集まります。その中から優秀な医学生をピックアップして研修医にするだけでなく、トレーニングした中から優秀な人間をスタッフとして残すので人材的にも強い病院になっていきます。

強い病院になるために一番必要な人材は外科医やオンコロジストです。それを支える中央診療部門の医師、麻酔科医、放射線科医、病理医が必要になります。しかし、この 3 つの職種の人材は今日本で一番確保が難しいです。そのような人たちに働きがいがあって、経済的にも評価される病院が良い病院になると思いますが、そのためにはそれだけの症例が集まらなければいけません。

●経営分析のツール

今まで事務職は医療職と共通言語を持って経営の議論ができていなかったと思います。しかし DPC の導入により、それが医療職との共通言語になると思います。自分の病院は他の病院に比べてこんなにも注射代がかかり、他の病院では術中・術後の抗生物質は 2 日なのに自分の病院は 5 日も使っているというのであれば、そこを直すことによって医療の質を落とさずに経営改善もできます。

今まで事務職の手間を経済的に評価する仕組みがありませんでした。DPC の中ではこれをバランススコアカードと結び付けて分析するための研究をしています。そこから経営のためのダッシュボードをつくらうとしています。それを原価分析プロジェクトにつなぐことで事務職の手間を評価できると思います。

電子レセプトや電子点数表が実現すれば業務がかなり簡素化できます。DPC のプロジェクトと併せて、標準のレセプト電算処理システムマスター（レセ電算マスター）を使えば電子点数表や電子レセプトの世界に 1 歩近づくので、業務の簡素化につながっていくと思います。

●21 世紀の医療提供の姿

厚労省が出している「21 世紀の医療提供の姿」には非常に良いことが書かれています。「患者の選択の尊重と情報提供」が一番のポイントになります。お金を出す元である患者や国民が納得して医療費や医療保険料を払う仕組みでなければいけません。国民の期待に沿うための標準的な情報をつくっていくことが重要です。DPC は医療の情報化の大きな流れの中にあるひとつのプロジェクトだと考えています。そういう意味で、これ自体は止まらないものだと思うので、これからも進んでいくと理解しています。