

DPC に対してどう向き合うか

高知県・いずみの病院 診療情報管理室長 伊藤 正

DPC (Diagnosis Procedure Combination) がわが国の診療報酬支払いに初めて導入された 2003 年から約 6 年が経過した。この間、医療界では、この新しい支払い方式に対し、「医療費抑制を狙ったものである」との警戒感が依然として根強い。だが一方、表 1 に示すとおり、否応なく参加させられた特定機能病院はおくとしても、多くの公的・民間病院がこぞって DPC に参入している。これをどう見るか。そして、「われわれ」¹⁾ はこれにどう向き合っていたら良いだろうか。

いずみの病院は 2007 年度 DPC 準備病院²⁾ である。そして、2 年間の準備病院期間を終え、2009 年 7 月から DPC 対象病院となる。当院が DPC 準備病院となった 2007 年は、準備病院への手挙げのピー

クの年である。私は、この時期の病院界の DPC フィーバーを「100 匹目のサル」ないし「DPC オブセッション (強迫観念)」と呼んでいる。あやしげな医療コンサルタントなどが、「DPC を導入しないと急性期病院として生き残れない」「いまバスに乗り遅れると、座席はもうない」などと、さかんに危機アジテーションを行ったものだ。実際には、そんなことはあり得ない。バスに乗り遅れた病院がすべて潰れるなら、医療崩壊は今どころの話ではない。そのような政策が政治的に成立することを許すほど、人民はアホではない (と信じたい)。

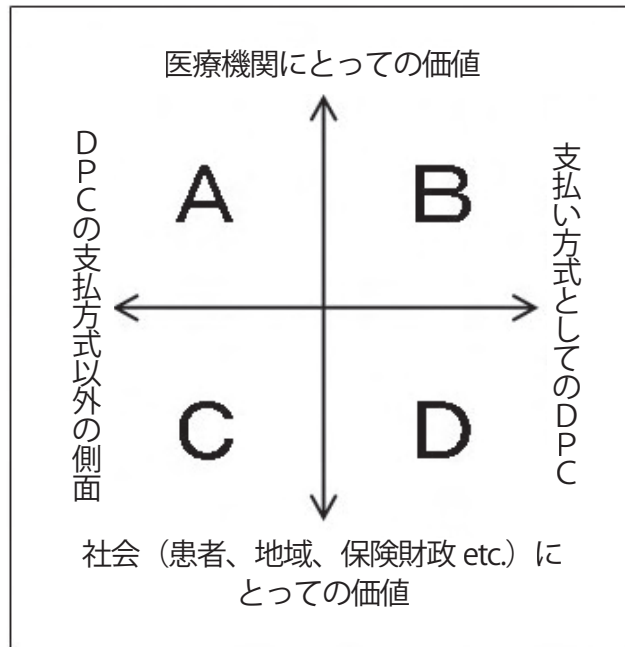
DPC の問題領域とは

ここで、DPC の問題領域について整理しておく。DPC そのものは、Diagnosis (診断) と Procedure (処置) との Combination (組み合わせ) とその名が示す通り、患者を分類する 1 方法に過ぎない。だが、その DPC を用いた「入院 1 日当り包括評価」もまた DPC と通称されるので混乱が生じる。DPC をどう評価す

表 1 DPC への参加状況

病院類型	施設数
2003 年度 DPC 対象病院	82
2004 年度 DPC 対象病院	62
2006 年度 DPC 対象病院	216
2008 年度 DPC 対象病院	358
DPC 対象病院小計	718
2007 年度 DPC 準備病院	710
2008 年度 DPC 準備病院	149
DPC 準備病院小計	859
計	1,577

図1 DPCにおける問題領域の整理



るかという議論をする時、分類法とその利用法のことを指しているのか、支払い方式のことを指しているのかが、ごちゃ混ぜになってしまうからである。そこで、図1のように整理したい。

医療機関が経営方針としてDPCを採用するかどうかは、基本的にA・B領域を吟味して決めることとなる。「包括(DPC)と出来高とで比較すると、DPCの方が高点数が期待できる」とかつて言われたのはB領域の話だ。ものの本によると、そのような状況はDPC発足時はあったようだが、どうもその旨味も、そろそろ賞味期限切れのようである。それに、医療機関別係数という、出来高からDPCへの算定方式移行による激変を緩和するための仕掛けがあって、大幅な損もないかわり

に得もないという仕組みになっている。この医療機関別係数(機能評価係数+調整係数)の内、調整係数を2010年度から順次廃止の方向へ持っていくための議論が、ちょうど今、中医協で行われている。

医療費抑制とDPC

前述の「DPCは医療費抑制を狙ったものである」とは、D領域の話だ。政府や保険者側にこの狙いがあることははっきりしている。2007年5月に厚労省が策定した「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」には、このプログラム策定の目的を「必要なサービスの確保と質の維持向上を図りつつ、効率化等に

より供給コストを低減するため」と謳いつつ、具体的取組みの1つとして、2012年度までにDPC対象病院を1,000とするとしている。ちなみに、この数値目標は2012年度を待つまでもなく、2009年度中に達成する。2007年度DPC準備病院710病院のうち約570病院が2009年度から対象病院に移行する見通しがこのほど明らかになった。これで対象病院の数は1,300ほどになる。もっとも、2007年度DPC準備病院のうち130ほどの病院は、対象病院への手挙げを今回はパスした。1,000という数値目標は、「座席がもうない」という病院関係者の不安感の根拠の1つともなってきたのだが、DPCオブセッションもここにきて随分と薄れてきたのかもしれない。

供給コスト低減という政府・保険者の狙いは、当然B領域にもはね返る。「DPC導入時には高点数で釣っておいて、いずれ大幅に点数を下げるに決まっている」。このように思っている病院関係者は多いはずだ。だが、いかんせん、出来高に居残るのも勇気がある。

ここで想起したいのは、先に述べた「DPCとは患者を分類するいち方法に過ぎない」という事実だ。DPC関連病院（DPC対象病院とDPC準備病院）には、DPC調査へのデータ提出が義務づけられている。DPC調査で作られるデータというのは、実は非常に画期的なものである。様式1と呼ばれる患者の退院要約データ（内訳は入退院情報、診断情報、手術情

報、その他診療情報など）と、D・E・Fファイルと呼ばれるレセプトデータ、これらから成るデータセットがデータ識別番号（患者ID）によって結びつけられ、どのような状態の患者がどのような治療を受け、どれほどの医療資源が投入されたのかが把握できる仕組みとなっている。このデータが全国のDPC関連病院から集められ、詳細で膨大なデータベースとなっている。しかも、退院要約データは、少なくともタテマエ的には診療情報管理士³⁾のような専門職によって精度管理されているデータなので、何ら精度管理されていないこれらのレセプトデータを生のまんまで分析するような杜撰なものとは、格段に情報の質が違う（はずだ）。だから、データの拡張と分析如何では、適切な診療報酬点数設定のための、根拠にもとづく議論が理論的には可能となる。これは、B-DとA-Cとの中間領域に属する話、ということになるだろうか。

分析ツールとしてのDPC

次に、A領域の話。この領域についても、DPCの様々な利用法が試行されている。大きく分けて、自院で作成されるDPCデータの分析による利用と、複数の病院のデータを集積し、自院と比較するベンチマーキングとがある。前者、自院データの分析について言うと、前述のDPC調査のデータセットからは様々なデータが簡単に抽

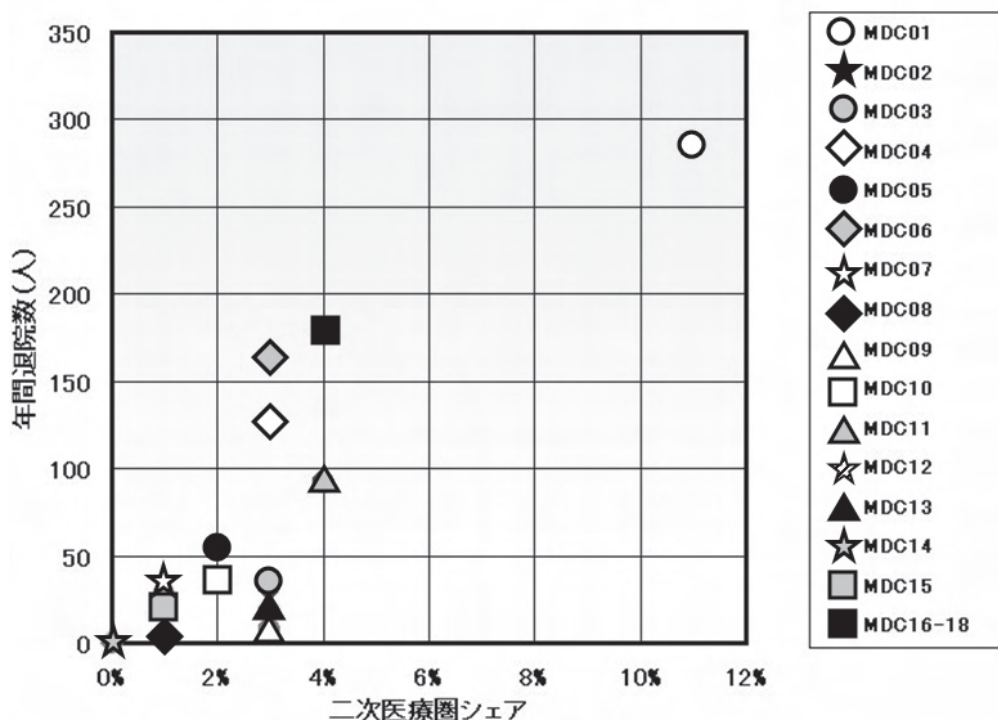
出できるので、そのデータをクリニカル・パス（クリティカル・パス）の作成や検証に用いることができる。Fファイルの分析から、院内の抗生剤の使用状況を調査し、適正使用に活かすという使い方をすることも可能だ。その他、自院の医療の質を測定するための様々な臨床指標をとったり、院内エビデンスを蓄積する上で、DPC データは便利な情報源となる。臨床指標の測定に関しては、聖路加国際病院の例⁴⁾などが知られるが、同病院は一部の指標についてDPC 調査データを参考値として用いているようだ。

後者、ベンチマーキングについて言うと、厚労省が毎年ホームページに公表す

るDPC 調査結果⁵⁾だけでも、自院のポジションを知るためのかなり詳細なデータが手に入る。疾患毎の患者数、平均在院日数や、これらをもとにした患者構成や医療の効率性に関する指標等が、すべてのDPC 関連病院の実名入りで公開されている。さらに、任意のベンチマーキング・プロジェクトがいくつも始動し、参加病院を募っている。中には、患者の個人情報に漏れないよう、匿名化処理を施した上で、参加病院間で様式1、D・E・Fファイル等の生データを共有し、より深く掘り下げた分析ができる環境をつくっているグループもある。また、図2のように、患者調査⁶⁾から地域の二次医療圏の疾患

図2 診療分野別二次医療圏内病院シェア分析（手術なし急性期）

2008年いずみの病院年間推計値 / 2005年高知中央医療圏年間推計値より作成



別患者数（DPCの診断群別患者数）を推計し、これと自院の患者数とを組み合わせ、地域内のシェアを割り出す方法⁷⁾も開発されている。シェアというと、患者を商品のように扱っていると反発を覚える方がいるだろうが、これは自院がどのように、どれほど地域に貢献しているかを示す客観的な指標として、病院にとってのみならず、患者や地域にとっても有用な情報である。

患者にとってのDPC

——DPCアビューズは大丈夫か

D領域に関する問題として、先に医療費削減とDPCとの関連について述べた。だが、支払方式としてのDPCに伴う問題という時、患者にとって最も気がかりなのは、DPCが粗診粗療をもたらすのではないかという事だろう。DPCが定額制である限り、どうしてもその懸念を拭い去ることはできない。診断群によって1日当り診療報酬が決まるのであれば、医療資源の投入をできる限り抑えようという医療機関の挙動を誘発せずにはおかないからである。

また、これと類似の現象として、アップコーディングというものがある。本来分類すべき診断群分類よりも高点数のコードを恣意的につけることで利得を得ようとするものだが、患者・保険者に不要な支出を強いるばかりでなく、長期的に見

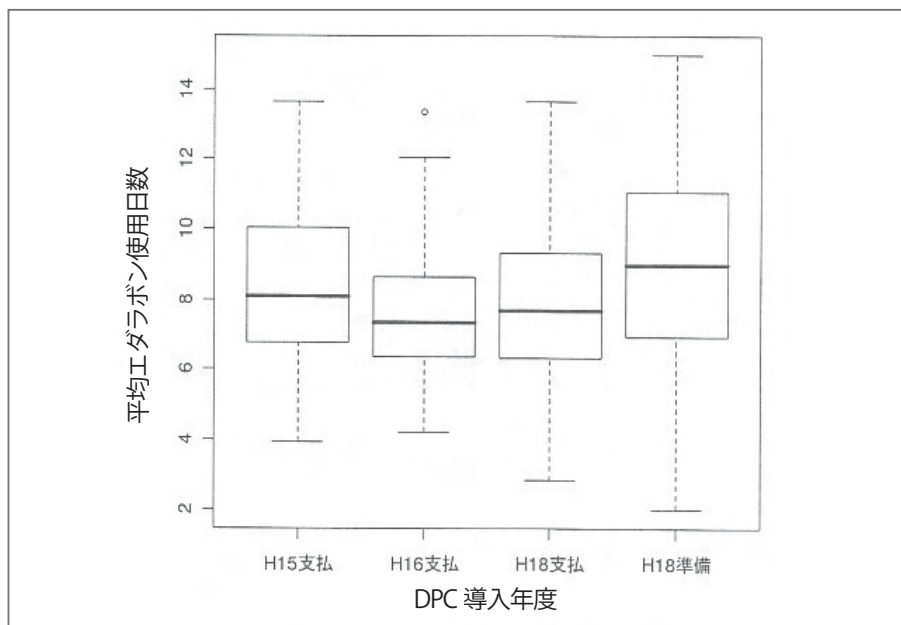
れば当該診断群分類に係る医療資源投入量の見かけ上の平均を下げ、点数切り下げにつながり、まっとうなコーディングを行っている病院にとって迷惑となる。

これら、いわゆるDPCアビューズ（DPC制度の悪用）に対する懸念には根拠がないわけではない。よく知られているのは、意図的な退院と再入院によって入院期間をリセットし、医療費の通減制を利用して1日当単価を引き上げる行為だ。2008年診療報酬改定ではこれに対処するため、退院日から3日以内の再入院はリセット無効となった。また、これ以外にも例えば図3の例⁸⁾。脳梗塞の治療薬エダラボンは高額のため、使用した場合には1日当単価の高い診断群分類が割り当てられる。ところが、エダラボンの使用日数を抑えれば、エダラボンを使用していない期間も診断群分類は変わらないので、病院はその分利益を得ることができる。

図3に見るDPC支払病院（対象病院）と出来高病院（準備病院）との使用日数の差は、DPCアビューズの結果と見るか、適正化（過剰投与の是正）と見るか、それとも他の要因、あるいは偶然の結果と見るべきか（H15支払病院は特定機能病院）。

支払方式としてのDPCを今後なお続けるのか、あるいは見直すべきかは、ひとえにDPCアビューズを許容範囲内に抑え込むことができるか否かにかかっている。究極的には医療者の善意に委ねるしかないが、基本はやはり審査という事に

図3 DPC 導入年度と病院別平均エダラボン使用日数



なる。DPC 制度にとってひとつ有利なのは、データが全て電子化されていて扱いやすく、全国の病院との比較ができるので、突出した病院をあぶり出すことが比較的容易なことだ。厚労省はすでにこれまでに何度もデータに疑問がある病院をDPC 評価分科会に呼び出してヒヤリングを行い、その議事録を病院の実名入りでホームページに公開している⁹⁾。

患者・地域による DPC データの利用

最後に C 領域。すでに述べた DPC 調査の厚労省公表データ、あるいは地域内シェアを含め、病院に係る様々な医療機能情報。これらの情報は、患者にとって医療機関選択のための情報源となる。

医療機関情報については、2006 年の改正医療法で医療機能情報の公表制度が創設され、現在、都道府県の事業として医療機関の医療機能に関する情報提供が行われているが、DPC 調査データはこれを補完するものとなるだろう。実際問題として、厚労省ホームページに載っている DPC 調査データにまでわざわざアクセスし、マニアックに情報を集める患者はごく少ないだろうが、「患者からも見られている」という医療者側の意識自体が医療機関に質向上を促す効果がある。そして何より、地域にとっては、地域の医療機能についての重要な情報が DPC 調査データから得られるということは、行政的な観点から言えば、この情報を地域整備に活かすことができるということだ。

2006 年の改正医療法では、地域の中

表2 高知県 DPC 関連病院における脳梗塞患者退院数（2007年7月～12月）

施設名	手術あり		手術なし	
	処置2あり	処置2なし	処置2あり	処置2なし
A 病院	—	—	35	13
B 病院	14	—	151	78
C 病院	18	17	109	48
D 病院	—	—	19	13
E 病院	—	—	—	—
F 病院	—	—	—	—
G 病院	—	—	—	10
H 病院	—	—	18	25
I 病院	—	—	—	—
J 病院	31	—	64	41
K 病院	—	—	28	20
L 病院	—	—	—	—
M 病院	—	—	58	—
N 病院	—	—	—	10
O 病院	—	—	—	53

※公表データでは、病院名は実名

※ DPC 算定病棟以外の病棟に入棟した者を除く

で保健福祉医療サービスが完結できるよう、都道府県が定める地域医療計画に4疾病5事業¹⁰⁾についての数値目標を織り込み、当該サービスのネットワークを構成する医療機関名を地域医療計画に記載することとなった（2008年度より実施中）。この事と関連し、表2を見ていただきたい。この表は厚労省公表データ（2007年度DPC調査結果）からごく一部を抜粋して作った。高知県にあるDPC関連病院15病院での脳梗塞に対する治療の実態の一端が分かる。この表で「処置2あり」の処置2とは、tPA・エダラボン・SPECT・人工腎臓・中心静脈注射・人工呼吸のことである。

公表データではこれら処置2に含まれる医療行為は一緒くたになってしまっているが、それでもこのようなデータが4

疾病5事業に係る地域医療計画作成および評価と非常な親和性があることは理解されるであろう。

重要なことは、これら患者・地域にとって有用と思われる情報も、病院がDPC調査に参加し、データ提出を行って初めてできるということだ。私は、DPC調査に参加する病院、そして提出データの精度管理に携わっている診療情報管理士などが公益に対して寄与している度合いは、非常に高いものだと思っている。

格好良く言えば、当院は以上述べたようなA～Dすべての領域について、総合的に検討した上、DPC対象病院となる選択を行った。と言いたいが、実際にはそれほど深い議論の上、決断を下したわけではない。だが、それでもDPCという

「評価のための道具」の、道具としての将来性に賭けたとは言えると思う。この道具を今後、個々の医療機関のみならず社会全体が本当に正しく使いこなせた時、DPC はわが国の医療にとってとても大きな財産となるはずである。

補注

- 1) ここで「われわれ」とは、さしあたり、「労働者住民医療に心を寄せる医療従事者および患者」としておく。
- 2) DPC 準備病院：DPC で診療報酬の支払いを受ける病院（DPC 対象病院）になるためには、DPC 準備病院として2年間過ごさねばならない。DPC 準備病院は厚労省が行う DPC 調査（DPC 導入の影響評価に係る調査）に参加しながら、支払いは通常の病院と同じく、出来高で行われる。
- 3) 診療情報管理士：医療機関等において診療情報の管理を行う職種。元来の業務は診療録（カルテ）の管理であり、紙カルテの整理・保管・出納や病歴の登録がその主要な業務であったが、IT化の進展にともない、管理対象はモノから情報へと移りつつある。DPC 普及も相俟って需要が高まり、近年急速にその人数を増やしている。
- 4) 聖路加国際病院 QI 委員会：Quality Indicator[医療の質]を測る、インターメディカ、2007
- 5) 厚労省ホームページ、中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会のページ中に資料として掲載されている。2007 年度調査結果の URL は以下の通り。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/s0509-3.html>
- 6) 患者調査：厚労省の指定統計。3年に1度行われる。調査対象施設は層化無作為抽出によって選ばれる。
- 7) 伏見清秀：DPC データ活用ブック第2版、じほう、2008
- 8) 藤森研司：DPC 対象病院、準備病院における脳梗塞の診療プロセスに関する検討、2008
- 9) 最近のヒヤリングの一例。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/txt/s1112-5.txt>
- 10) 4 疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病。5 事業：小児医療、周産期医療、救急医療、災害医療、へき地医療