

わが国急性期病院におけるDPC導入について
—原価管理の重要性を視野に入れて—

Introduction of DPC System in Primary-Care Hospitals

大 坪 宏 至
(Hiroshi Ohtsubo)

わが国急性期病院における DPC 導入について

—原価管理の重要性を視野に入れて—

大 坪 宏 至

はじめに

1、DPC 制度の現状

2、DPC 制度の評価

3、2008年度診療報酬改定

おわりに

はじめに

わが国で DPC が導入されたのは2003年4月である。対象となった病院は全国の特設機能病院等82施設であった。その後、対象病院は増え、今後急性期病院として生き残っていくうえで、DPC は主要なテーマになっている。一方、慢性期病院では、療養病床の削減と新しい高齢者医療制度が大きな関心事となっている。

本稿では、急性期病院に焦点を当て、そこでの主要テーマのひとつである DPC を取り挙げる。具体的には、DPC の概念を整理し、DPC の現状を明らかにすることから始める。さらに、広義の DPC の影響を評価し、狭義の DPC の課題をまとめながら、若干の考察を加えることとする。

DPC の拡大は、医療行為原価計算の必要性にもつながってくる。医療行為原価計算の必要性については、既に、約10年前から主張してきた¹⁾。しかしながら、当時としては各病院がその重要性を認識するまでには至らなかった。その後、徐々に原価計算を行う病院もみられるようになり、認識は広まってきた。DPC を導入するに当たっては、この原価計算が重要になってくる。本稿ではそうした視点も視野に入れておく。

1、DPC 制度の現状

DPC とは、Diagnosis Procedure Combination の略である。一般には、診断群分類といわれる²⁾。この診断群分類に基づいて、医療機関別に包括評価が行われ、診療報酬が定額支払いされる。DPC の用語は狭義と広義の両方で用いられる。狭義には、単に診断群分類を指し、DPC に基づいた包括評価というように表現される。広義には、包括評価と定額支払い方式までを含めて、診断群分類別包括支払制度を意味する。わが国では狭義と広義の両方が使われているため、狭義と広義を区別して

整理する方が理解し易い。そこで狭義の DPC を DPC と呼び、広義の DPC を DPC 制度とすることで使い分けることとしたい。

DPC 制度は2003年4月に始まった。制度を導入したのは、全国の特設機能病院等82施設である。その後、2004年³⁾と2006年⁴⁾にはさらに対象病院が増え、2006年度では360病院になった⁵⁾。政府はこれを1,000病院まで拡大しようとしている⁶⁾。

DPC 制度の評価方法は、主要診断群に基づく1,440のDPC毎に、「入院期間別点数⁷⁾×医療機関別係数⁸⁾」によって求められる⁹⁾。入院期間別点数は3段階からなっており、入院期間Ⅰ未満¹⁰⁾、入院期間Ⅰ以上Ⅱ未満¹¹⁾、入院期間Ⅱ以上がある¹²⁾。Ⅰ未満では平均点数に15%の加算があり、高い入院料を請求することができるが、Ⅱ以上は15%の減算によって減額される。

入院期間については、2つの点に注意しなければならない。第1点目は、入院期間Ⅱ以内の患者を増やすことで収益の増大が図れるということである。逆にいえば、入院期間Ⅱ以上の患者をいかに減らすかということである。具体的には、そうした患者を退院させるか転院させるかということになる。

第2点目は、入院期間Ⅱ、つまり平均在院日数は変化するということである。平均在院日数が延びるのであれば問題ないが、現実には短縮する傾向にある¹³⁾。大学附属病院の中には、DPC 対象病院の平均在院日数よりも短いところもある¹⁴⁾。

2点目の平均在院日数の短縮傾向は今後も続くであろう。そうだとすれば、1点目の努力をいかに図るかが重要となってくる。DPC 対象病院が1,000病院になれば、約40万床の規模になり¹⁵⁾、2010年には調整係数もなくなるといわれている。同時に、2008年以降、都道府県が地域医療計画に基づいて、各病院の情報を今よりも詳細に開示していくことを考えれば、一次医療機関の病院・診療所の医師や患者から選ばれるような病院になる努力が欠かせない。具体的には、この疾病ならあの病院といわれるような得意分野としての看板となる診療科や医師をそろえなくてはならなくなる¹⁶⁾。

急性期病院として生き残るためには、DPC 対象病院になるための基準を満たし¹⁷⁾、1,000病院の中に入るだけでは安心できない。努力義務も果たしながら¹⁸⁾、原価管理を行っていくことが重要となってくる。

2、DPC 制度の評価

DPC 制度は2003年度に、82施設を対象にして始まった。これら82施設における DPC の評価研究は、中央社会保険医療協議会の診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会が2004年度に行っている¹⁹⁾。ここでは9種類の調査に基づく DPC の影響評価を実施した²⁰⁾。そのうちアウトカム評価・臨床指標／医療機能の変化に係る調査班による調査によれば²¹⁾、DPC 導入による負の影響は認められなかった

としている。

DPC 導入のデメリットとしては、定額支払方式であるために、粗診粗療になる可能性が考えられる。また、医薬品・医薬材料の使用では高額なものを避けたり、重症患者の受入を拒否し、平均在院日数の短縮のために早すぎる退院をさせ、その結果、再入院が増加すること等が考えられる。

そこで、先の調査では82病院を対象に、患者受け入れ²²⁾、治療の内容²³⁾、高度医療の提供の3領域に関して²⁴⁾、19の評価指標を用いながら、3年間（DPC 導入前の2002年、導入1年後の2003年、2年後の2004年）の比較を行っている。その結果、患者の受け入れについては、70歳以上の割合、1歳未満の割合、難病の割合、ICU 入室の割合、NICU 入室の割合、搬送された1,000 g 未満の新生児数のすべてが増加している。このことから、患者の受け入れを拒否するような選別は行われなかったと考えられる。

治療の内容に関しては、術前日数が減少していた。これは、入院計画による入院医療の効率化が図られたといえよう。再手術の割合も減少していた。このことは、粗診粗療による質の低下がなかったとも解される。高度医療の提供については、高度先進医療の承認件数は一定であり、腎移植件数と造血幹細胞移植件数は増加していた。このことから、重症患者の受け入れを拒否するようなマイナスの影響はなかったといえる²⁵⁾。

次に DPC 制度導入によるメリットについて考えたい。まず、患者にとっては、入院診療計画による診療の全体像を示してもらい、定額支払方式による医療費の自己負担額があらかじめ予測できることになろう。国の財政面では、医療の標準化が促進され、在院日数の短縮や医療のスリム化が図られるため、医療費の削減になる。病院にとっては、収益の増大と医療原価の削減を期待したいところである。

病院の収益の変化に関しては、静岡県立静岡がんセンターにおける研究がある²⁶⁾。そこでは胃がん、肺がん、乳がん、大腸がん、肝臓がん、膀胱がんの6疾患を対象とし、患者単位で出来高収入と費用を集計している。続いて、DPC 制度に移行した場合の収入を試算している²⁷⁾。そして出来高制度と DPC 制度との収支比較を行っている。その結果、各疾患毎にバラツキがみられ、医療機関別係数によって DPC 収入が大きく異なることを示している²⁸⁾。

また、乳がん症例に関する DPC 損益の研究を桜澤邦男氏（東北大学医学系研究科医療管理学分野）らがやっている²⁹⁾。そこでは地方大都市に所在する300床規模の急性期病院において2004年4月から8月までに入院した乳がん手術患者39症例について、DPC コード別利益率を算定している³⁰⁾。その結果、全 DPC コードにおいて、出来高払制度に比べて DPC 制度の方が高い利益率を示していた。さらに、複数の調整係数に基づく感度分析から、格差が生ずることも示している³¹⁾。これは、静岡県立静岡がんセンターと同様、調整係数による差が生ずることを指摘している。

これらの調査研究からも明らかなように、調整係数による格差は存在するが、将来的にはこの係数はなくなる。したがって、係数の違いによる収益の増減よりも、平均在院日数の短縮を図ることと、医療資源の消費を効果的に行うことで、収益の増大を目指すことが重要となってくる。

DPC 制度の導入により、必要以上の検査治療は抑制され、医療資源の減少が予測される。このことを裏付ける調査研究としては、平成16年度厚生労働科学研究「診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究」(主任研究者は松田晋哉氏)がある³²⁾。これは、特定機能病院等82施設を2002年7月～10月、2003年7月～10月に退院した患者の診療報酬データを用い、各年度の症例の中から(2002年度は266,677例、2003年度は293,045例)、各年度で10症例以上の施設が5施設以上ある191分類を抽出し、そのうち、一般入院・手術あり88分類、一般入院・手術なし80分類を対象として分析している。その結果、検査、画像診断、投薬、注射、処置の各区分について、大部分のDPC 分類において資源消費量が減少していることを明らかにした³³⁾。

医療資源としての投薬、注射、処置、検査、画像診断のうち、どの区分で消費の削減を試みるかは、症例の別にもよるが³⁴⁾、投薬においては、EBM に基づいたガイドラインによる適正使用やジェネリックへの切り替えにより³⁵⁾、また、検査については外来シフト等により、種々の削減を図ることが可能である。

3、2008年度診療報酬改定

ここでは、2008年度診療報酬改定における、DPC に関する見直しの内容について明らかにしたい。その見直しの基となったのは、中央社会保険医療協議会の診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会(西岡清分科会長)による提案書(以下、提案書)である³⁶⁾。そこで、提案書の内容に言及しながら、診療報酬改定に触れることとする。

提案書では、同一疾患での再入院について3つのことを提案している。

第1に、3日以内の再入院(病棟間の転棟に伴う再転棟も含む)については、臨床現場の実態として、実質的に一連の療養として支障がないものと考えられることから、1入院として取り扱うこと。

第2に、4～7日以内の再入院については、今後引き続き調査・検討を継続すること。

第3に、本来であれば外来で実施できると思われる治療でも、入院医療で行われている例については、今後実態の調査・検討をしていくことである。

診療報酬改定では、これら3つの提案を受けて、第1の提案である3日以内の再入院については1入院として取り扱うこととした³⁷⁾。また、DPC における診療報酬明細書の提出時に、包括評価にかかる診療行為の内容がわかる情報も加えるべきとした。

DPC 評価においては、短期間の再入院により、入院初期の高点数算定を求めたり、より高い診療報酬点数を選択しようとするアップコーディング等、コーディングに関する不適切な事例も見受けられることから、提案書でもこの点に関して言及している。つまり適切な診断及び治療を行うために、院内で標準的な診断及び治療方法の周知を徹底し、適切なコーディングにつながるような体制を確保することとした。

コーディングに関するこの提案は、診療報酬改定ではより具体的な形で示され、「DPC 対象病院は適切なコーディングを行う体制を確保するため、委員会を設置して責任者を定めること」とし、DPC 対象病院の要件として追加した³⁸⁾。

DPC 対象病院のあり方については、提案書において、論点の整理という形式で提案されている。「論点 1」では、2 つのことが提案されている。1 つめは、2008 年度以降の DPC 対象病院も 2006 年度の基準を満たすべきとした³⁹⁾。2 つめは、データの質を確保することが極めて重要であるとし、一定以上の（データ／病床）比があることを要件にすべきであるとした。この比率は、かつて要件となっていたもので、前回改定において廃止されたものである。それを再び要件に加えるという提案である。

「論点 2-1」では、データの提出期間について、1 年間（4 ヶ月分）ではなく、2 年間（10 ヶ月分）とした⁴⁰⁾。その根拠としては、季節変動等の不安定要素を除くことと解される。「論点 2-2」では、適切なデータの提出を求めるとともに、重要な疑問等があった場合については、当分科会で調査し、改善を求める⁴¹⁾。「論点 2-3」では、（データ／病床）比について、データの提出期間を 2 年間とした場合、8.75 とすべきであるとした⁴²⁾。

提案書の論点 1、2-1、2-2、2-3 の提案は、ほぼそのまま受け入れられ、診療報酬改定では DPC 対象病院の基準を以下のように見直ししている。

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）、専門病棟について 7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料の届け出を行っていること。
- ② 診療録管理体制加算を算定している、または同等の診療録管理体制を有すること。
- ③ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め「7 月から 12 月までの退院患者にかかわる調査」に適切に参加できること。また、同調査において適切なデータを提出し、かつ 2 年間（10 ヶ月）の調査期間の「データ／病床」比が 8.75 以上であること。

以上 3 つの基準は、基本的には 2006 年度基準に準ずるものであるが、③に 2 年間の「データ／病床」比が 8.75 以上であることが加わっている。この見直しにより、2007 年度 DPC 準備病院の対象病院への移行は、2009 年度に検討されることになる。また、①については、この基準を満たさない病院を除外することも決められた⁴³⁾。

調整係数についても、2008年度診療報酬改定率を踏まえ、DPCの包括評価に関する収入がマイナス0.82%になるよう設定された。この調整係数は、今回の改定までは存続するが、次回の改定では廃止されることが決まっている。調整係数とは、出来高払い換算の収入をDPC点数に置き換えた場合、前者が後者を上回っていれば1以上になるし、逆に下回っていれば1未満になる。つまり、出来高で6億円、DPC点数で5億円なら調整係数は1.2となるし、出来高で6億円、DPC点数で7.5億円なら調整係数は0.8になる。2008年4月時点では、調整係数が1以上の病院が圧倒的に多く、1未満の病院の方が少ない。したがって、調整係数の廃止は多くの病院にとって減収を意味することになる。そこでもうひとつの係数である医療機能評価係数のあり方が重要となってくる。この医療機能評価係数についても、診療報酬改定では見直されている⁴⁴⁾。

医療機能評価係数のあり方について述べる前に、包括評価部分の診療報酬の考え方を再度示しておきたい。DPCの包括評価部分の診療報酬はDPC分類ごとの1日当たり点数に、在院日数と医療機関別係数（これは調整係数と機能評価係数の合計である）を乗じて求められる。この包括評価部分に出来高評価部分を加えたのが診療報酬である。包括部分の算定では、医療機関別係数が1よりも小さくなれば、診療報酬も減ることになり、調整係数を廃止するということは、診療報酬の減額ということになる。したがって、調整係数の廃止に見合うような、機能評価係数の設定が望まれることになる。この点に関して提案書では、例えば「望ましい要件」⁴⁵⁾を評価する係数を検討すべきであるとしている⁴⁶⁾。しかし、2007年度準備病院のうち、5項目ある望ましい要件すべてを算定している病院は3.1%、4項目算定が12.8%、3項目算定が19.5%、2項目算定が23.8%、1項目は22.2%、1つも算定していないのは18.5%となっている⁴⁷⁾。こうした現状も十分に考慮しながら、機能評価係数のあり方を慎重に検討すべきである。

2010年度診療報酬改定までの動きのなかで、特に注意しなければならないことは主に2つある。1つは、上述してきたように医療機能評価係数がどのように設定されていくかということである。もう1つはDPC対象病院の対象範囲についてである。DPC対象病院は2008年に358病院が加わり、718病院（28万8,610床）となった。2007年度DPC準備病院710が来年度以降に対象病院になれば、1,433病院ということになる⁴⁸⁾。急性期大病院向けのDPCは、その範囲をどこまで広げるかによって、一般病床のあり方そのものを検討していくことにもつながる。提案書では、この点に関して、軽症の急性期入院医療を含めてDPCの対象とする案（基準案1）と、重症の急性期入院医療を含めてDPCの対象とする案（基準案2）の2つを併記した。基準案1での賛成意見⁴⁹⁾、反対意見⁵⁰⁾、基準案2の賛成意見⁵¹⁾、反対意見⁵²⁾、それぞれを示しながら、基準案1が望ましいとする意見のほうが多かったとしている。しかし、軽症と重症の区分けを手術件数だけの指標で行うことが果たして妥当なのかどうか疑問である。いずれにしても次回改定までの間、十分な検討が望まれる。

おわりに

DPC 制度を導入する病院は着実に増えていくことが予想される。急性期病院の多くは、今後も急性期として継続していくためには、DPC 制度の導入は避けられないと考えている。株式会社日本医療事務センターによる調査によれば、DPC 制度導入の目的として、医療の質の向上、診療行為の標準化、医業収益の増大等を挙げている病院が多い⁵³⁾。こうしたことから、急性期病院は DPC 対象病院であるとの見方が一般化するかもしれない。

本稿では、DPC の概念を狭義と広義に分けて規定した。そのうえで、DPC 制度の現状をまとめ、その影響の評価についても整理した。DPC 制度の見直しと同時に、DPC の内容整備も継続的に行う必要がある。例えば、DPC のデータは 7 月から 10 月までの退院患者に係る調査結果が用いられ、それらを基にして各病院の調整係数等が決められているわけだが、データの季節間の違いに配慮する必要はないのであろうか。この点に関しては、データの季節変動はなく、7 月から 10 月までの期間とそれ以外の期間とで大きな差はないとの調査研究もある⁵⁴⁾。また、性差や年齢階層差を反映する必要はないのであろうか。

性差と年齢階層差に関する調査研究としては、順天堂大学病院におけるものがあり、1999 年 5 月から 2004 年 4 月までに DPC に該当した退院患者を対象に行った研究と⁵⁵⁾、2003 年 5 月から 2006 年 4 月までの患者を対象にした研究がある⁵⁶⁾。前者の研究では、患者数の多かった 7 診断群について⁵⁷⁾、0 歳から 80 歳以上まで 20 歳刻みで 5 分割し、性別と年齢階層別の在院日数を求めている。その結果、平均在院日数は 2 つの診断群で女性の方が長く、1 つの診断群で男性の方が長いという性差があった⁵⁸⁾。年齢階層性として、2 つの診断群で高齢ほど在院日数が長く、別の 2 つの診断群では高齢ほど短いことも明らかにしている⁵⁹⁾。

後者の研究では 12 診断群を選び、前者の研究同様、男女別及び 5 分割の年齢階層別の平均在院日数を求めている⁶⁰⁾。その結果、やはり性差の影響がある診断群と⁶¹⁾、年齢階層差の影響がみられる診断群が存在した⁶²⁾。こうしたことから診断群によっては、性差や年齢階層差にも配慮した DPC を考える必要があるかもしれない。

DPC 診療報酬の算定では、いまのところ、調整係数が用いられている。2010 年頃まではこの調整係数が存在することになろうが、そこで病院側が注意しておくべきことがある。それは調整係数が保証するのは包括範囲の包括点数分であって、包括範囲の出来高点数分ではないということである。確かに、DPC が初めて導入された時は、調整係数が包括範囲を出来高で算定した額を保証していた。つまり出来高で算定した額が 110 あった場合、DPC により 100 に減少すれば、係数は 1.1 ということになる。しかし、この考え方は 1 回目だけであり、その後は認められない。

DPC の導入は、アメリカにおける DRG / PPS (Diagnostic Related Groups/Prospective Payment System)

も参考にし⁶³⁾、その導入前後の影響にも目を向けながら行われた⁶⁴⁾。しかしながら、本稿でも指摘した通り、DPCは完成されたものになっていない。DPCのメリットを増大し、デメリットを減少する努力が、今後も継続して行われることを期待したい。

そして、病院側は、医療の標準化を図るとともに、原価計算の重要性が高まってきたことを認識すべきである。原価計算に基づいた原価管理についての検討は別の機会に行いたい。

<注>

- 1、拙稿「医療行為原価計算の基礎的考察」、『原価計算研究』Vol.21、No.1、日本原価計算研究学会、1997年、77-88頁。
- 2、主要診断群（MDC1~16）に基づく、1,440の診断群分類がある。この見直し作業は毎年行われる。
- 3、2004年に対象病院となったのは62病院。
- 4、2006年には216病院が対象病院となった。
- 5、2007年のDPC制度導入の準備病院は371施設あるといわれている。
- 6、2007年5月5日の経済財政諮問会議において、柳澤伯夫厚生労働大臣は、2012年までに1,000病院に拡大したいと述べている。5月15日の経済財政諮問会議は柳澤大臣の同発言が示された「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」（同プログラムは20項目からなり、DPC制度の促進も盛り込まれている）を了承し、6月19日に、『骨太の方針2007』（経済財政改革の基本方針2007－「美しい国」へのシナリオ）を答申した。
- 7、DPC毎の1日当たりの点数に在院日数を掛けて求める。
- 8、調整係数と機能別評価係数の和。
- 9、DPC制度の概要については、以下を参照されたい。
松田晋哉稿「DPCの概要」『EBMジャーナル』Vol.16、No.1、2005年、84-89頁。
- 10、入院期間Ⅰとは、在院日数の短いほうから上位25%のことをいう。
- 11、入院期間Ⅱとは、平均在院日数をいい、Ⅰ以上Ⅱ未満とは、25%から平均在院日数までの期間をいう。
- 12、入院期間Ⅱ以上とは、平均在院日数を超えた期間をいう。
- 13、2006年度の平均在院日数は、2003年度のDPC対象病院で16.83日、2004年度のDPC対象病院で14.36日、2006年度のDPC対象病院で14.12日となっている。
- 14、慶應義塾大学附属病院の平均在院日数は、2002年度の15.37日から13.31日に、東海大学附属病院では、同16.12日から12.13日にそれぞれ短縮されている。
- 15、東住吉森本病院 常務理事の浅田俊勝氏は、DPC対象病院の以下の病床数をもとに、1,000病院で384,799床と予想されている。

2003年度 DPC 対象病院.....82病院 (67,376床)

2004年度 DPC 対象病院.....62病院 (23,246床)

2006年度 DPC 対象病院.....216病院 (87,081床)

2007年度 DPC 対象病院.....371病院 (114,022床)

合 計731病院 (291,725床)

「今後 DPC に参加してくる病院とは、平成15年に対象病院となった82病院（1病院の平均病床数822床）を除く649病院（1病院の平均病床数346床）クラスの病床規模と予測できます。仮に1,000病院にたりない病院数269にこの346床を掛けると、今後増える DPC 対象の病床は93,074床となります。現在の DPC 対象病院・準備病院731病院291,725床にこれを加えれば、1,000病院で384,799床となります。」（『病院経営』産労総合研究所、No.367、2007年6月20日、8頁。）

- 16、浅田俊勝氏はこの点について次のように述べている。

「DPC 対象病院になって、今度はその中の自院の一番得意とする診療科の入院期間Ⅱ以内に何%の患者さんを退院させられるのか。現時点の情報開示では MDC のカテゴリーでしか平均入院日数が出ていませんが、今後、疾病ごとの入院日数や再入院率が出てきたら、患者さんもゲートキーパーの医師もその数値によって病院を選びます。選ばれない病院は地域で必要とされていないことになります。」（同上）

- 17、基準としては、看護配置基準が7対1あるいは10対1であること、診療録管理体制加算を算定しているか、同等の診療録管理体制を有すること、7月から10月までの退院患者に係る調査に適切に参加できること等がある。

- 18、DPC 対象病院になるための努力義務としては、次の5つの算定がある。

①特定集中治療室管理料、②救命救急入院料、③病理診断料、④麻酔管理料、⑤画像診断管理加算

- 19、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、平成16年度 DPC 導入の影響評価のための調査については、以下を参照。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0412-4.html>

- 20、9種類の調査とは、次のようである。

- ①7月から10月までの退院患者に係る調査
- ②診断群分類の妥当性に関する調査
- ③再入院調査
- ④医療連携と退院後受療に係る調査
- ⑤医薬品、医療材料に係る調査
- ⑥検査、画像診断に関する調査
- ⑦医療の達成度、患者満足度に関する調査
- ⑧看護の必要度に係る特別調査
- ⑨アウトカムの指標・臨床指標／医療機能の変化に係る調査

- 21、調査班は武澤純（名古屋大学大学院救急・集中治療医学）氏を班長とし、他10名の構成員からなる。

- 22、患者の受け入れに関する指標は次の6つである。

70歳以上の割合（70歳以上の患者数／延べ入院患者数）、1歳未満の割合（1歳未満の患者数／延べ入院患者数）、難病の割合（難病の患者数／延べ入院患者数）、ICU入室の割合（ICU入室患者数／延べ入院患者数）、NICU入室の割合（NICU入室患者数／延べ入院患者数）、搬送された1,000g未満の新生児数（1施設当たりの人数）である。

- 23、治療の内容に関する指標は次の8つである。

入院手術の割合（入院手術の件数／一般病床数）、日帰り手術の割合（日帰り手術の件数／一般病床数）、緊急手術の割合（緊急手術の件数／一般病床数）、術前日数（入院日～手術日の総和／手術患者数）、術後日数（手術日～退院日の総和／手術患者数）、再手術の割合（再手術の件数／手術件数）、異常分娩の割合

(異常分娩の件数／分娩件数) 帝王切開の割合 (帝王切開の件数／分娩件数) である。

24、高度医療の提供に関する指標は次の5つである。

高度先進医療承認件数 (1施設当たりの件数)、治療契約件数 (1施設当たりの件数)、肝移植件数 (1施設当たりの件数)、腎移植件数 (1施設当たりの件数)、造血細胞移植件数 (1施設当たりの件数) である。

25、本調査については以下を参照されたい。

須賀万智、吉田勝美、武澤純「DPC 導入が診療内容や医療機能にあたる影響—DPC 評価分科会アウトカム評価・臨床指標／医療機能の変化に係る調査班—」、『病院管理』Vol.43、No. 2、日本病院管理学会、2006年4月、83-89頁。

26、山下寿夫、鳶巢賢一「原価計算システムを使った収支の検討—DPC 制度と出来高制度の比較—」、『病院管理』Vol.42、日本病院管理学会、2005年8月、57頁。

27、DPC 収入の試算では、医療機関別係数を1.0と1.1の2パターンで実施している。

28、この研究では、DPC 制度における収入の妥当性と医療機関別係数の妥当性の2つを問題点としている。なお、係数については、アメニティーや医療機器等の医療の質を考慮するための係数が必要との指摘だが、そのような係数設定は難しいのではなからうかと思われる。

29、桜澤邦男、濃沼信夫、河口洋子「DPC 別収支計算・原価計算に基づく乳癌症例損益分析に関する事例研究」、『病院管理』Vol.43、日本病院管理学会、2006年8月、84頁。

30、診療報酬における損益と DPC 制度適用の損益について、DPC コード別に利益率の推移を比較し、全国 of 最大値と最小値、調査病院と同一診療圏の最大値と最小値からなる複数の調整係数を用いて、格差を調査する感度分析を行っている。

31、すべての DPC コードにおいて、全国で約20%、調査病院と同一診療圏で約5%の格差が生じているとしている。

32、池田俊也、石川ベンジャミン光一、福田敬、遠藤久夫「急性期入院医療の包括評価・支払い方法 (DPC) に伴う医療資源の消費量変化に関する研究」『病院管理』Vol.42、日本病院管理学会、2005年8月、56頁。

33、医療資源の消費は、検査や画像については、在院日数の減少率に比例して減少し、薬剤や注射については、在院日数の減少率を上回って減少する傾向があると指摘している。

34、グローバルヘルス・コンサルティングの渡辺幸子氏は切迫早産の症例においては注射の消費削減が大きく、次いで検査の消費削減もみられるが、投薬、画像診断、処置では削減がほとんどみられないとしている。(『日経ヘルスケア』、No.204、日経 BP 社、2006年10月、12頁。)

35、感染予防の指標 CDC (Centers for Disease Control and Prevention) の抗生物質予防投与ガイドラインでは、クリーンな創の場合、セファゾリンを第1選択薬とし、術後感染症の低い手術は術前からの投与を推奨している。このガイドラインを遵守した場合とジェネリックのセファゾリンを選択した2つのシナリオで腹腔鏡下胆嚢摘出におけるシミュレーションをグローバルヘルス・コンサルティングの渡辺幸子氏らが行っている。それによれば、ガイドライン遵守による適正使用で薬剤の原価削減が可能であり、ジェネリックでは、それを上回る削減が可能であると指摘している。(『日経ヘルスケア』、No.205、日経 BP 社、2006年11月、21頁。)

36、DPC 評価分科会は、中央社会医療協議会基本問題小委員会から付託された事項について検討し、2007年11月21日付で提案書を出している。

37、診断群分類番号の上6けたが同一の傷病名で3日以内に再入院した (再転棟を含む) 場合については前回

入院と一連の入院とみなすことにした。

- 38、同委員会は診療部門、薬剤部門、診療録を管理する部門、診療報酬の請求事務を統括する部門等に所属する医師、薬剤師及び診療情報管理士等から構成され、少なくとも年に2回は開催することとした。
- 39、2006年度基準は次の3つである。
 - ①看護配置基準10対1以上であること。
 - ②診療録管理体制加算を算定している、または、同等の診療録管理体制を有すること。
 - ③標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め「7月から12月までの退院患者にかかわる調査」に適切に参加できること。
- 40、提出期間を1年間とした場合、7月から12月までの6ヶ月のデータを収集している。しかし、対象病院の判断を12月までに行うためには、10月までの4か月分のデータを利用してきた。そこで、2年間とすると、当年度4ヶ月分のデータに前年度6か月分のデータが加わるため、10か月分のデータを利用することになる。
- 41、適切なデータの提出とは、提出期限を厳守することと、データの正確性等（例えば、診断群分類の適切な決定や、薬剤使用量の入力ミスがないこと等）が確保できることを意味する。
- 42、2004年度の要件として示された（データ/病床）比は、提出期間1年間（4か月分のデータ）の場合で3.5としていた。提出期間2年間（10ヶ月分のデータ）とした場合3.5に相当する比率は8.75となる。
- 43、2008年4月1日以降に新たに当該入院基本料の基準を満たさなくなった病院については、3ヶ月の猶予期間を設け、3ヶ月を超えてもなお要件を満たせない場合には、DPC対象病院から除外する。
- 44、医療機能評価係数は、例えば次のように設定された（カッコ内は改定前）。7対1入院基本料は0.1005（0.1069）、準7対1入院基本料（へき地以外）は0.0769、同（へき地）は0.0887、入院時医学管理加算は0.0299（0.0133）、地域医療支援病院入院診療加算は0.0321（0.0294）、臨床研修病院入院診療加算1は0.0012（0.0010）、同2は0.0006（0.0005）、診療録管理体制加算は0.0009（0.0008）、医師事務作業補助体制加算1は0.0113、同2は0.0059、同3は0.0042、同4は0.0034、看護補助加算1は0.0430、同2は0.0331、同3は0.0221、医療安全対策加算は0.0015（0.0013）である。
- 45、算定していることが望ましい要件は、注18参照。
- 46、提案書では、医療機能評価係数の設定について、以下の点を踏まえた検討をすべきとした。
 - ①「望ましい条件」については、要件としてではなく、むしろ係数として評価する。
 - ②救急、産科、小児科等の、いわゆる社会的に重要であるが、不採算となりやすい診療科について評価できる係数。
 - ③救急医療体制の整備等、高度な医療を提供できる体制を確保していることを評価できる係数。
 - ④高度な医療を備えることについては、地域においてその必要性を踏まえた評価を反映できる係数。
- 47、2006年度準備病院で5項目すべてを算定している割合は4.6%、4項目の算定は22.1%、3項目は29.9%、2項目は19.9%、1項目は16.7%、0項目は6.7%である。

2006年度対象病院では準備病院に比べ算定している割合が高くなっており、5項目は13.0%、4項目は49.1%、3項目は22.7%、2項目は8.8%、1項目は5.6%、0項目は0.9%となっている。これらの割合は2007年6月時点のものである。
- 48、DPC対象病院は、2003年度が82病院（6万6,910床）、2004年度が62病院（2万3,166床）、2006年度が216病院（8万7,030床）、2008年度が358病院（11万1,054床）で合計718病院（28万8,610床）となった。また、

2007年度 DPC 準備病院は710病院 (16万8,691床) である。

- 49、基準案1の賛成意見としては、例えば次のようである。

「もとは重症を扱う病院から始まったが、実施してみると軽症を扱う病院でも適用できるメリットがあることがわかった。」

- 50、基準案1の反対意見としては、例えば次のようである。

「重症を扱う病院と軽症を扱う病院では差がありすぎる。」

- 51、基準案2の賛成意見としては、例えば次のようである。

「DPC では診断群分類に応じて平均的な診療コストを反映した包括支払い制度であるため、バラツキをなくすには一定程度以上重い病態を扱う医療機関を対象とするほうが望ましい。」

- 52、基準案2の反対意見としては、例えば次のようである。

「標準化の観点からは、むしろ軽症、一般的な傷病を扱う医療機関にこそ広げるべきである。」

- 53、株式会社日本医療事務センターの「平成18年度病院事務長へのアンケート調査結果」によれば、DPC 制度導入の目的・理由で多かったのは、多い順に、「急性期病院として DPC は避けて通れないため」(70.3%)、「医療の質の向上のため」(48.5)、「診療行為の標準化のため」(45.6)、「医業収益増のため」(36.4) となっている。(『日経ヘルスケア』No.206、日経 BP 社、2006年12月、76頁。)

- 54、山田康夫「診断群分類データの季節変動の有無に関する研究 (第二報)」、『病院管理』Vol.43、日本病院管理学会、2006年8月、82頁。

山田康夫氏は主要診断群と分類コードの部分に関して、DPC データは季節間に大きな差がないことを第一報で述べた。そのうえで、この第二報においても、平均在院日数及び診療報酬単価に関するデータの分析を行い、手術・処置や重症度等を含む DPC データについても季節間に大きな差がないことを指摘されている。

- 55、楊学坤、今井壽正、大島純子「DPC 導入による平均在院日数の推移—性別と年齢階層別の影響」、『病院管理』Vol.42、日本病院管理学会、2005年8月、55頁。

- 56、楊学坤、今井壽正、大島純子「DPC 在院日数に対する性差と年齢階層差の影響」、『病院管理』Vol.43、日本病院管理学会、2006年8月、83頁。

- 57、7 診断群は次のようである。

狭心症・慢性虚血性心疾患、白内障・水晶体疾患、続発性を含む肝・肝内胆管の悪性腫瘍、腫瘍を含む小腸・大腸の良性疾患、鼠径ヘルニア、胃の悪性腫瘍、肺の悪性腫瘍である。

- 58、狭心症・慢性虚血性心疾患と胃の悪性腫瘍で女性の方が長く、鼠径ヘルニアで男性の方が長い。

- 59、高齢ほど長いのは、狭心症・慢性虚血性心疾患と白内障・水晶体疾患で、高齢ほど短いのは肝内胆管の悪性腫瘍と胃の悪性腫瘍である。

- 60、12診断群とは次のようである。

狭心症・慢性虚血性心疾患 (検査入院)、鼠径ヘルニア、良性腫瘍を含む小腸・大腸の良性疾患、全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患、白内障・水晶体の疾患 (片目)、同 (両目)、睡眠時無呼吸 (検査入院)、パーキンソン病、慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 (手術・処置あり)、同 (手術・処置なし)、続発性を含む肝・肝内胆管の悪性腫瘍、スポーツ障害等を含む肘・膝の外傷である。

- 61、狭心症・慢性虚血性心疾患 (検査入院)、良性腫瘍を含む小腸・大腸の良性疾患、白内障・水晶体の疾患 (片目)、慢性腎炎症候群、慢性間質性腎炎・慢性腎不全 (手術・処置あり)、続発性を含む肝・肝内胆管の悪

性腫瘍で、平均在院日数が男性の方で短かった。

- 62、狭心症・慢性虚血性心疾患（検査入院）、全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患で、高齢ほど平均在院日数が短かった。
- 63、アメリカで1980年代から始まった定額支払い制度である。DPC 導入に際しては、この DRG / PPS が話題となった。
- 64、DRG / PPS の影響については、例えば次のものが参考となる。

Davis C, RhodesDJ, The impacts of DRGs on the cost and quality of health care in the United States, Health Policy, Vol.9, No.2, 1988, PP.117-131.

Chulis GS, Assessing Medicare's prospective payment system for hospitals, Med Care Rev, Vol.48, No.2, 1991, PP167-206.

(2008年11月 5 日受理)