第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

DPC の精神科への導入

松 田 晋 哉 (産業医科大学医学部公衆衛生学教室)

1. はじめに — DPC の目的 —

医療の質保証と効率化の両立という難しい要求に応えるためには医療サービスの臨床的側面とコスト的側面の両方を測る単位が必要である。そのための仕組みの一つとして「どのような傷病に対してどのような医療行為を行ったのか」という診断名と医療行為の組み合わせによって患者を分類する方法がある。これがDPCである。そして、行われた医療行為の均質性という点に着目して、分類された患者群ごとに標準的な支払額を設定する方法がいわゆる包括支払い方式である。

医療の目的は質の高い医療サービスを国民に提供することである。従って、医療についての種々の議論の前提として、医療の質を評価するための情報が必要となる。ただし、医療について絶対的な評価は困難であることから、相対的な評価がその中心となる。相対的な評価をするためには共通のベースが必要であり、それがDPCである。DPCという標準的な単位を用いることで施設間の比較が可能になったことが、DPC導入の最も重要なポイントである。キーワードは情報の標準化と透明化、そして説明責任である。

しかしながら、DPC が急性期入院の包括評価に用いられている以上、支払い単位としてのDPC に関心が集まるのは当然であろう。したがって、DPC において急性期入院の各領域をいかに適切に評価するかが課題となる。

平成 15 年に特定機能病院等 82 施設を対象に開始された DPC に基づく包括評価は、その後中医協での審議を経て平成 18 年度には 360 病院となった。そして平成 20 年度には新たに 358 病院が支払い対象施設となり、さらに準備病院が新たに参加した施設を含めて約 800 施設となっている。これは、病床規模で見ると 50 万床に相当する施設からデータが収集されていることを意味し、DPC 関連のデータはわが国の急性期入院医療を評価するうえで重要な枠組みになったと言えるであろう。それだけに DPC に基づく包括評価の適切性の確保が喫緊の検討課題となる。

2. DPC の構造³⁾

図1に示したように分類は14桁の数値から構成されている。この14桁は主要診断群,ICD-10に基づく「分類コード」,「入院種別」,「年齢・体重・JCS条件」,「手術等サブ分類」,「手術・処置等1」,「手術・処置等2」,「副傷病名」,「重症度等」の9つの項目から構成されており,それぞれの内容によって,各患者が対応するDPCに分類される。

なお,入院種別については教育入院,検査入院 の定義が施設によってばらばらであることから, 平成 18 年度分類以降この項目による分類が廃止 され,行われた医療行為の内容で分類が行われる ように見直しが行われている.

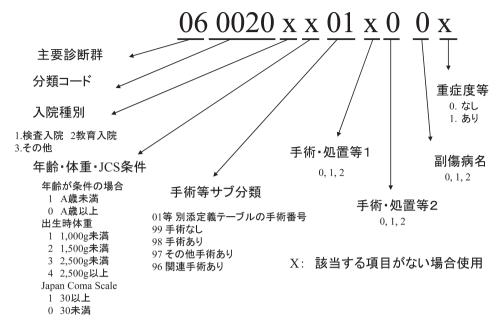


図1 診断群分類コードの構成

平成20年度版で総分類数は2451であるが、包括支払いの対象はそのうち症例数が多くかつコスト及び在院日数のばらつきの少ない1572分類のみである。なお、平成18年度分類までMDC16に含まれていた精神疾患が平成20年度分類ではMDC17として独立している。

DPC 分類の基礎となるのは図 2 に示した DPC 定義表である。この定義表に従って実際のデータを分析し(図 3),分類を作成する。分類作成は厚生労働省が単独で行うのではなく,各診療科別に臨床家によって構成された検討班(MDC 別検討班)からの意見を参考に定義表の見直しを行い,そこに実際のデータを流し込んで,分類を作成するという過程を経て行われる。すなわち,DPC 分類は現場の医療プロセスを後追いする形で決まるのである。

包括支払いは入院基本料や薬剤・医療材料などのホスピタルフィー的要素を対象とした1日当たり定額であり、手術・麻酔料などの技術料的要素は医科点数表に基づく出来高払いとなっている(表1)。なお、包括支払いについては図4に示し

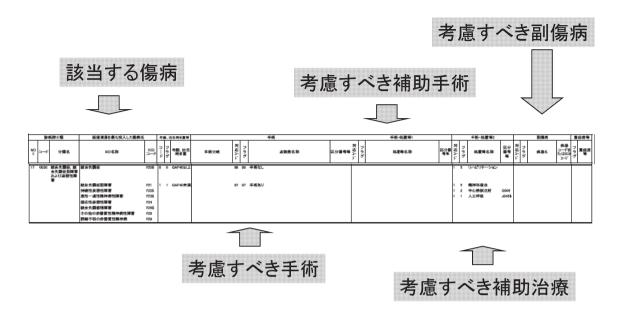
たように入院期間に応じた逓減制となっている。

3. DPC における精神疾患の評価

図5にMDC17「精神疾患」の樹形図を示した。ここではDPC6桁レベルで6分類,DPC14桁レベルで12分類が定義され,うち在院日数及び出来高換算コストでまとまりのある(変動係数1未満)の7分類のみが包括支払いの対象となっている(他の5分類は出来高支払いの対象)。

現在、DPCによる評価の対象となっているのはあくまで精神疾患を「医療資源を最も必要とした傷病(以下、医療資源病名)」で一般病床に入院している患者であり、精神病棟に入院している患者ではない。また、精神疾患を副傷病として持っている「一般疾患を医療資源病名とする患者」においても医療資源の投入量との関係から精神疾患の評価が課題となる。さらに、急性期病院の救急外来を受診する患者の少なからぬ数が精神疾患に関連した自傷などによることを考慮すると、この点での評価も必要である。

現在は、精神病棟からもデータを収集している



DPC分類作成の基本は臨床専門家によって作成される定義表。

図2 DPC 定義表の構造

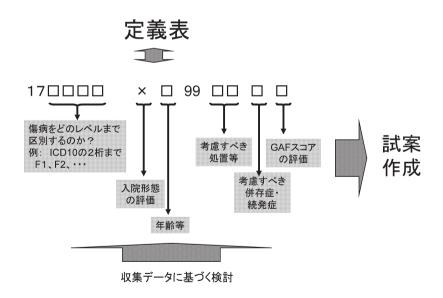


図3 診断群分類コードの作成過程

表1 包括評価の内容

診療報酬=包括評価部分+出来高部分

●包括評価の範囲

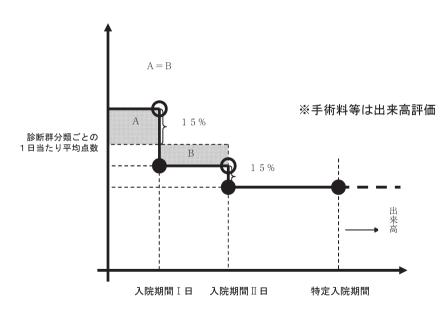
- 一ホスピタルフィー的要素
 - ・入院基本料,検査(内視鏡等の技術料を除く), 画像診断 (選択的動脈造影カテーテル手技を除 く),投薬,注射,1000点未満の処置料,手 術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材 料以外の薬剤・材料料 等
 - ・手術前医学管理料及び手術後医学管理料については包括評価の対象

●出来高評価の範囲

- ードクターフィー的要素
 - ・手術料,麻酔料,1000点以上の処置料,心臓 カテーテル法による検査,内視鏡検査,診断穿 刺・検体採取,病理診断,病理学的検査判断, 選択的動脈造影カテーテル手技,指導管理料, リハビリテーション,精神科専門療法 等
 - ・ 画像診断管理加算は包括評価の対象外
- 一手術・麻酔の部で算定する薬剤・特定保険医療材料

ためある程度の評価が可能となっているが、そも そも一般病棟を対象にして調査を開始した歴史的 経緯があるために、仮に精神疾患があったとして も副傷病に当該精神疾患の病名を入力している割 合が低く、データ分析上の課題となっている。精 神疾患を合併症として持った患者の一般病棟にお けるケアに関しては、看護の手間がかかる例が少 なくなく、したがって情報の適切な作成が必要で ある。

筆者の所属する研究班「包括払い方式が医療経済及び医療提供体制に及ぼす影響に関する研究 H 19-政策-指定-001)研究代表者 松田晋哉」では調査対象施設から提出される EF ファイルを用いて診療プロセスの分析を行っている。この分析過程で急性期病院における治療の多様性が明らかとなっている。データ上同じ重症度(たとえばGAF スコアで評価)の統合失調症であっても,施設によって、そして患者によってその治療過程は大きく異なっている。冒頭でも説明したようにDPC 本来の目的は情報の標準化と透明化である。



入院期間 I: 各DPCにおける25パーセンタイル相当の日数

入院期間II: 各DPCにおける平均在院日数-1

特定入院期間: 各DPCにおける平均在院日数+2×標準偏差

図 4 DPC を用いた診療報酬の支払い方法――在院日数に応じた逓減制の日額定額――

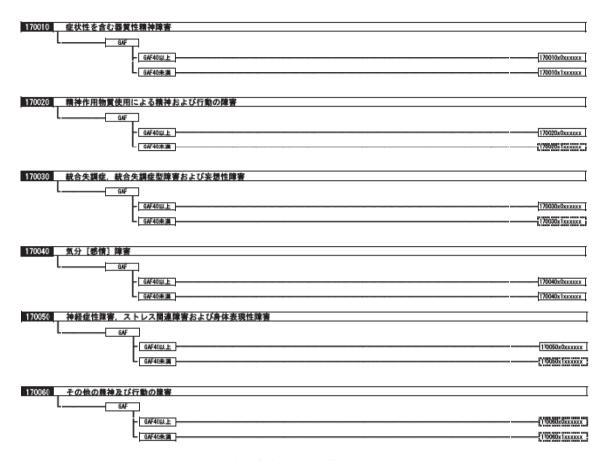


図5 平成20年度診断群分類樹形図(12分類) 実線で囲まれた分類は包括支払いの対象、破線で囲まれた分類は出来高払いの対象、

標準化された情報をもとに医療プロセスの妥当性を検証し、「あるべき医療」のプロセスを明らかにしていくことが、DPCによる精神科入院医療の経済的評価を導入前にやらなければならないプロセスであると考える。

精神科医療の場合、急性期と慢性期、そして入院医療と在宅医療が連続しており、しかもそのありようは各施設がおかれている社会環境に大きく左右される。その意味でもDPCで評価すべき「急性期精神科入院医療」の枠組みについてまず議論する必要があると考える。

ところで、「情報を整理する単位としてのDPC」に着目すると、患者調査のデータをDPC6桁で整理することが可能となる。図7は

その応用例を示したものである". 分類は平成 16 年分類を用いているため、「精神・行動の障害」1 分類であるが、このように整理することで医療圏単位で当該疾患を持つ患者が外来、急性期入院、慢性期入院のそれぞれのフェーズでどのくらい存在しており、その地域間の移動がどのようになっているのかを推計することが可能となる。現在、国レベル、都道府県レベルで精神病床の再編が問題となっているが、単に医療費の視点から議論することは政策を間違える可能性が高い。図7に示したようなデータを持つことで、精神医療のあり方についてはじめて合理的な議論を行うことが可能になる。急性期と慢性期、そして入院医療と在宅医療が連続している精神科医療の場合、地域レ

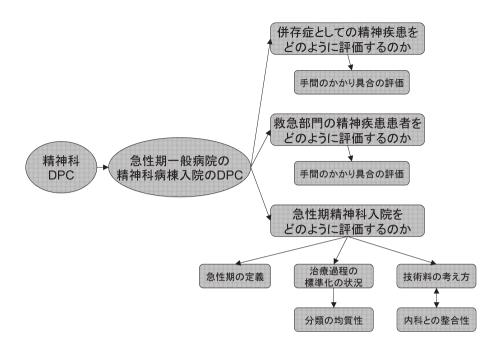


図6 精神科 DPC を考える上での課題

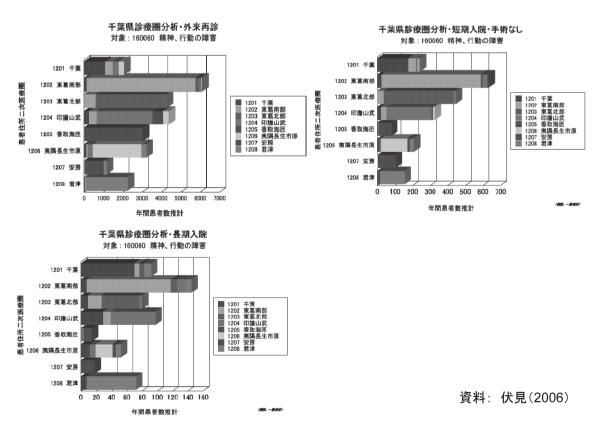


図7 DPC を用いた地域の傷病構造推計

表 2 フランスの精神科診断群分類で収集される 主な情報

患者基本情報

一社会経済的情報(郵便番号,家族の状態,婚姻形態,就業状況・修学状況)・収入の状況・対象者への社会的資源の状況等

●入院基本情報

一施設番号・診療科番号・入院日・入院形態・退院 日・退院形態・患者番号・過去の入院歴等

●治療形態

- 一入院(1週間単位で1回作成)
 - ・一般入院:情報は Réjumé d'Inforamtions Standardisés complete (RIS-Hc)
 - ・部分入院:情報は Réjumé d'Inforamtions Standardisés partiel (RIS-Hp)
- 一通院・外来・在宅・地域(診察ごとに作成)
 - ・通院・外来:情報は Réjumé d'Inforamtions Standardisés externe (RIS-E)
 - ・地域:情報は Réjumé d'Inforamtions Standardisés communautaire (RIS-C)
- -隔離病室での治療
- ―学校における治療的援助の有無(未成年のみ)
- ●傷病:ICD-10 (成人), CFTMEA (小児)
- ●GAF scale (機能の全体的評定尺度)
- ADL(食事・移動・排泄・衣服の着脱・行動・関係)
- データの連結が必要なため、患者番号の暗号化が行 われる

ベルで精神科医療を考える視点が不可欠である。 DPCという枠組みをうまく使うことによりこのような分析が可能になることを強調しておきたい。

4. 今後の課題

国際的にみると、当初、急性期入院医療だけを 対象としていた診断群分類も、その後慢性期の入 院や外来医療にもその適用範囲を広めつつある。 このような動向の中で精神科医療を対象とした診 断群分類の開発も各国で試みられるようになって きた。しかしながら、継続的な医療及び福祉的な サービスを必要とする精神医療について、医療資源の投入量と病態をもとにした分類を開発することは容易ではなく、イギリスやオーストラリアなどがその開発を試みてはいるものの、まだ実用の段階にはいたっていない。このような英語圏における動向とは別に、セクター方式として独自の精神科医療を展開しているフランスにおいて、ほぼ実用段階に達している新しい精神医療用の診断群分類が開発されている²⁾。表2はフランスにおいて精神科診断群分類を作成するために収集されている情報を示したものである。診断名に加えて、ADLやGAFスコア、社会経済的状況に関する情報が収集されている。フランスの場合、慢性期や在宅も含めた分類となっているため、このような情報体系となっている。

わが国の場合、精神医療をどのように評価していくのかという枠組みがまだ十分にできていないという印象を筆者は持っている。精神科医療の重要性を考えれば、その妥当な評価方式を導入することに異論はなく、また喫緊の課題であると思われる。したがって、学会としてその妥当な評価のための枠組みをご提案いただければ、それを研究班調査の中で速やかに具体化したいと考えている。関係者の方々の DPC 研究への積極的な関与をお願いしたい。

な 献

- 1)伏見清秀:DPC データ活用ブック。じほう,東京,2006
- 2) 松田晋哉: フランスにおける精神医療を対象とした診断群分類の開発. 社会保険旬報, No. 2210; 12-19, 2004
- 3) 松田晋哉:臨床医のための DPC 入門, 第 2 版。 じほう, 東京, 2008