

## 包括医療評価 (DPC/PDPS) における診療のあり方

小山 信 彌\*

2003年より82の特定機能病院において急性期疾患入院患者に対する診療報酬支払い制度として、それまでの出来高方式から包括医療評価制度 (Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System: DPC/PDPS, 昨年12月よりこの名称に決まった) が導入され今年で9年目を迎える。現在では準備病院も含めると1,500病院を超えるまでに普及してきた。病床数では45万床を超え、一般病床数の半分以上を占めるまでになっている。

この目的は、DPCという全国共通の診断群分類 (診断名) を用いて、医療を透明化し、その質を評価し、医療の無駄をなくする方法として考案された。つまり、このDPCという分類法を用いて、疾患ごとに包括評価を行い、診療報酬の支払いをする方法を Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System: DPC/PDPS としている。つまり、我々が行っている医療行為を疾患ごとに、手術あるなし、処置あるなし等で14桁の数字に当てはめて診療行為を評価して診療報酬を支払うものである。病名が全国で共通化されたことにより、疾患ごとの治療成績やコストおよび質を、他の医療機関と比較することができることになった。個々の医療機関にとっては、病院マネジメントの手法としても活用でき、地域における医療機関の特徴が明確化され、最終的には地域における医療サービスの質の向上と、医療資源の効率的な活用により、崩壊されつつあると言われる地域医療を再構築するために利用されている。

DPC/PDPS において疾患ごとの診療報酬は、準備期間中の出来高ベースにして算定された。そして、2年ごとに我々が行った医療実績を見て、再評価され疾患ごとに包括評価が見直しされ、さらに

病院ごとの調整係数算定にも利用されている。ご存知のことと思うが、DPC/PDPS を導入している病院は、厚労省に対して毎年診療実績として患者基本情報の様式1、診療内容を詳細に記録したE、Fファイルの提出が義務付けられている。このデータを基にして、各疾患における評価や、調整係数を決めているのである。いかにいえば、DPCごとの診療評価、病院の調整係数は我々の行った実績を基に評価されていることとなる。ここが今までの診療報酬の改定と大きな差である。つまり、ここの診療報酬の評価は我々の実績であり、調整係数は病院の特徴 (機能・能力) を示すことにもなりえる。

診療報酬ごとの評価は、DPC参加病院の全実績データ (出来高評価) に基づいて、入院I、IIの期間、各々の報酬額が算定される。これはあくまでも平均値に近い値となるため、病院の持っている機能により、その疾患の治療濃度は異なってくる。それを補っているのが調整係数である。しかしながら、調整係数は、当初DPCを拡大するために前年度収入を確保すべく設定された経緯があることから、現在廃止の方向で議論されている。その中で、調整係数の役割の中に、現在の評価係数だけでは評価されない病院の機能が含まれていることが認められ、これを基礎係数に変えるべく議論を進めている。

基礎係数が設定されることになると、これは病院の機能を評価することをベースに議論しているので、益々、各病院での診療は、自分達の持っている機能を十分利用して、患者さん中心の医療を展開することが重要になってくるものと思われる。つまり、診療報酬制度が如何に変化しようが、患者さん中心の医療が必要であり、それを維持し続けることが大切となり、2年ごとにその方向で評

\*東邦大学医学部外科学講座心臓血管外科

価されてくることにもなるのである。

結論としては、診療報酬改定に惑わされることなく、置かれている病院の立場で、患者さんにと

って最も適した診療を続けることが重要であり、そのことが評価されるようなシステムがDPC/PDPSであると考えている。