将来の病院経営戦略—そのとき麻酔科はどう動くか？

病院経営戦略を考えるうえでのDPC分析の有用性とその限界

小林利彦*

〔要旨〕急性期病院において経営戦略を立てるうえで、DPCに関する知識は必須と考えられ、それは手術、麻酔部門の職員でも同様と思われる。DPC制度下で利益を増大させるために、ジェネリック薬の採用や画像検査等の外来移行が強調されるが、DPC制度の根幹ともいえる適正コーディングによって収益増は期待できる。しかしながら、DPC対象病院が出来高制度から移行したことで得た利益は、院内の病院情報システムの整備に投資すべきであり、臨床指標等を積極的に公開していく姿勢が望まれる。特に、現在、厚労省に提出しているDPCデータだけでなく、院内には貴重な生データがあることを再認識し、それらの有効活用を検討することも期待される。

キーワード：診断群分類、病院経営、医療の質、臨床指標、診療報酬請求

はじめに

病院を評価するうえでの3要素としてHospitality, Quality, Sustainabilityがある。HospitalityはAmenityとも関係するが、一般に数値化しにくく可視化も困難である。一方、QualityはDonabedianによるとStructure(構造)、Process(経過)、Outcome(結果)に分けられるが、これらは数値化・可視化しやすく比較的評価も容易である。しかし、それらの根底にあるべきものとしてSustainabilityが重要であり、それは病院経営における「継続性」、または人的確保面での「持続性」と表現(翻訳)できる(図1)。

本稿では、病院経営面でのSustainabilityを確保するうえで注目すべきシステムとして、急性期病院の過半数病床ですでに採用されているDPC(Diag-

nosis Procedure Combination)制度^{1)~4)}の概要を解説し、同システムと手術室、麻酔科(医)とのかわりについて述べるとともに、いわゆるClinical Indicator(臨床指標)の発信に向けて現状のDPC制度で可能なことと不可能なことに言及したい。

I DPC関連病院の現況⁴⁾

2003年に特定機能病院等(82施設)がDPC制度を採用してからすでに7年が経過した。2009年現在、DPC制度に従い診療報酬請求をしている「DPC対象病院」が1,283施設、DPC関連情報を提供のみしている「DPC準備病院」が274施設ある。両者を合わせたDPC関連病院は1,557施設となるが、これは2007年の全国病院数(8,662施設)の18%に相当する(図2)。なお、ベッド数でみると、2007年の全国病床数(913,234床)のうちDPC関連病床は480,051床

*浜松医科大学医学部附属病院

著者連絡先 小林利彦
〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山1-20-1
浜松医科大学医学部附属病院

図1 病院を評価するうえでの3要素

図2 DPC関連病院数の推移

(52.6%) とすでに過半数を超えている。

また、ここ1～2年の傾向として、200床未満の病院またはケアミックス型病院の参入が目立っており、従来の大規模急性期病院と同一尺度で評価することが妥当か否かの議論もある。

II DPCの本質²⁾

DPC対象病院にしてみると「DPC＝レセプトツール」としてとらえられやすいが、DPCの本質はCasemixというカテゴリーツールにあり、それを用いて診療内容の透明性を高めるとともに、その説明責任を果たすことが望まれている。具体的にいうと、診断(Diagnosis)には国際疾病分類：ICD-10(International Classification of Diseases and Related

Health Problems, 10th ed.)の病名を使用し、手術・処置(Procedure)として各固有コードから選択したものをCombinationすることで、14桁よりなる診断群分類(2008年4月時点で2,451種類)が決定される。その結果、同一の診断群分類における施設間比較が可能となるわけだが、「医療資源を最も投入した病名」を「主病名」として採用することから、そのコーディングの適否が診療報酬に大きく影響することになる。

III DPC制度における診療報酬の収益構造^{1)～3)}

前述した2,451種類の診断群分類の中で、1,572分類がいわゆる包括請求となる診断群である。その際の診療報酬請求からみた収益構造を図3に示すが、手術、麻酔、放射線治療など従来の出来高算定をする区分と、入院基本料、投薬・注射、検査、画像、処置など包括算定する区分とに分けられる。なお、DPCで包括される総算定額は、診断群分類と入院期間、そして医療機関別係数によって計算される。病院にとっては、包括算定額と出来高算定額の差(図3で示すΔDPC)が出来高制度からDPC制度に移行した際の利益となる。別の見方をすると、このΔDPCがマイナスであれば、DPC対象病院になる経営的メリットはないとも考えられる。ただし、このΔDPCには、本制度採用に伴う現場職員の汗(労

図3 DPC制度における診療報酬の収益構造

働時間、手間など)や、病院情報システム整備への対価が含まれることを忘れてはいけない。

手術室で勤務する麻酔科医や外科系医師にしてみると、麻酔料や手術料が出来高算定であることから、概してDPC制度に無頓着となりやすい。しかし、本制度を俯瞰的にとらえれば明らかとなるが、麻酔・手術時間が長いことで有利に働くことは少なく、手術室に勤務する職員にも本制度を意識したマネジメントが期待される。

Ⅳ DPC制度下で利益を上げるには？

DPC制度採用の有無に限らず、利益を上げるには収益を上げるか、費用を下げるかしかない(図4)。収益増には出来高部分の増収と包括部分の増収が考えられるが、前者には手術件数ならびに指導・管理料等の増加が有効であり、後者にはいわゆる「アップコーディング」ではない「診断群分類の適正コーディング」が重要となる。一方、費用減では包括部分の費用削減が有効であり、代表的なところではジェネリック薬の採用、医療材料の変更、CT・MRIなど画像検査の外来移行が考えられる。しかし、診療内容のスリム化が粗診粗療を招き、医療の質を落とすようでは本末転倒である。

Ⅴ 手術・麻酔部門の診療報酬請求³⁾

手術・麻酔関連の診療報酬請求項目には、管理料として「手術前(後)医学管理料」「麻酔管理料」があるが、前者はDPC制度にて包括され、後者の請求には麻酔科医として常勤の標榜医が必要となる。手術料としては、「診療点数早見表」等に記載があるKコードで定義された算定額と、薬剤、輸血、特定保健医療材料などの点数を合わせたものが請求される。なお、手術術式としてのKコードを誤って選択すると、DPC包括区分においても、時として思わぬ損益を被ることがある(当院でも1症例当たり100～300万円の過少請求事例を数例経験している)。

麻酔料に関しては、硬膜外麻酔か全身麻酔かの違い、ならびに手術時間延長に伴う加算等だけでなく、時間外の手術開始や術中の体位、特殊手術(腹腔鏡や人工心肺使用など)による加算等にも細かい注意を払うべきである。

なお、一般には、手術・麻酔部門の診療報酬請求は出来高算定であり、長時間の麻酔・手術や大量の薬剤使用は、そのまま収益増につながると考えられる。しかし、稚拙な手術等による麻酔・手術時間の

図4 DPC制度下で利益を上げるには？

延長は、本来不要な輸血の実施や術後合併症の発生につながり、患者だけでなく病院経営面でも不利益となることが危惧される。したがって、DPC制度下で手術部門に最も期待することは、手術総件数を増やすことであり、麻酔科医・外科系医師・看護職員等の確保、ならびに手術室を効率よく回転させるためのマネジメントに尽きると考える。

VI 院内のDPC監査システムの重要性¹⁾

DPC対象病院では、適切な診断群分類を選択することが病院収益に直接影響するので、先述したように出来高算定が主となる手術・麻酔部門においても、手術術式(Kコード等)の選択等に最善の注意を払うべきである。また、病院全体の取り組みとして、診療報酬請求書(レセプト)を提出する前に、出来高請求項目(手術・麻酔、術中使用薬剤・材料、退院時処方など)に対する病名確認だけでなく、診断群分類が適切か否かの監査が重要と考える。特に、主病名やKコードの選択を誤ると、診断群分類の違いで1日包括点数が異なるだけでなく、時として包括対象外の診断群分類となることもある。医師の多くは、入院後早期に診断群分類を決定した後、診療内容の変更時に診断群分類の見直しを怠りがちであ

る。したがって、医事課職員またはDPC請求担当者によるスクリーニング的な監査は必須と考える。当院では、医事課に診療情報管理士を参画させレセプト提出前に診断群分類のチェックを行っているが、実際、DPCコーディングの適正化により30～50万点/月の変更(増加)効果がある。年間4,000～6,000万円の増収が期待されるとすれば、優秀な人材を医事課職員として配置することは病院経営面でも有用な対策と考える。

VII Clinical Indicatorの発信に向けて^{1), 5), 6)}

2007年に聖路加国際病院から『Quality Indicator (「医療の質」を測る)』という本が出版された。日本の医療界ではこれまで、自院の治療成績を積極的に公開する姿勢に乏しく、一部の学会・研究会等で生存率などが報告される程度であった。しかし、この本に記載されている臨床指標には、平均在院日数や病床稼働率といった病院経営指標から、ガイドライン等で推奨されている薬剤の使用状況や適正検査の実施率、そして2週間以内の退院サマリー完成率まで、明らかに他施設とのベンチマークを意識した項目が含まれている。これらの指標を継続的に把握し公開するにあたっては、院内の病院情報システムへ

図5 ΔDPCと手術時間・検査成績

の人的配置ならびに設備的な整備が必要と考える。言い換えると、この種のデータや指標が容易に作成できる院内環境がそこにあるということである。また、院内で作成された臨床指標等を出版したり、ホームページで公開するということは、他人(他施設)からの評価を受ける準備、あるいは自信があることも意味している。

DPC 関連病院では、厚労省宛てに「様式1」という診療情報や「E, Fファイル」という出来高レセプト情報等を、統一形式でデータ提出することが義務づけられている。実際、上記データの提出期限を守り、なおかつその精度が高くなければ、DPC 対象病院から追い出されることもありうるということである。すなわち、DPC 関連病院であるならば、一定の臨床指標等を作成・検討するうえでの院内環境は整えられているはずである。しかし、現実的には、厚労省によるDPCデータ分析(評価)の現場へのフィードバックが乏しいこともあって、個々の

DPC 関連病院が民間企業等との契約のもと、DPC 分析を依頼することで満足している状況が見受けられる。

様式1やE, Fファイルは所詮加工されたデータであり、多くの貴重な診療情報(生データ)は院内の病院情報システム内に眠っている。それらの診療情報を自前で有効活用できない病院が多いことは残念だが、DPC 対象病院に限らず、今後の急性期病院においては、院内の情報システムを有効活用していく作業が重要と考える。

一方、現在のDPC制度で提出が義務づけられているデータには検査成績などが含まれておらず、例えば、聖路加国際病院の『Quality Indicator』で取り上げられた「HbA1cの最終値が6.5%, 7.0%, 9.0%未満の比率」に関していえば、多くの病院が手作業による検討とならざるを得ないのが現実であろう。当院は、いまだオーダーリングシステム(NEC 社製PC-ORDERING/AD)の環境下ではあるが、厚生

労働省電子的診療情報交換推進事業(Standardized Structured Medical Information Exchange: SS-MIX)に先行する形で静岡県版電子カルテプロジェクトを立ち上げた。その結果、同システムと各症例の診断群分類をリンクさせることで、図5に示すようなΔDPCと手術時間・検査成績といった分析も可能となる。すなわち、現状では厚労省に提出されない診療情報の中に、医療の質の評価につながるデータが数多く存在することを再認識すべきである。

まとめ

DPC制度下の診療報酬請求において、手術・麻酔関連の項目は出来高算定であることから、同部門の職員は本システムへの認識が乏しくなりがちである。しかし、病院全体の経営戦略を考えるうえで、手術・麻酔部門として手術件数を増やすことは当然として、DPCコーディングの適正化を図るため手術術式(Kコード)等の選択にも注意を払うことが重要となる。

また、DPC対象病院は目先の利益のみにとらわれず、院内情報システムの整備に投資することで、潜在的データの利用も含め、臨床指標等を積極的に公開していく姿勢が望まれる。

参考文献

- 1) 小林利彦, 堀宏治: DPCの来し方行く先—透明性と説明責任への歩み—. 医療タイムス社, 東京, 2009
- 2) 松田晋哉: 臨床医のためのDPC入門(第2版). じほう, 東京, 2009
- 3) 医学通信社編集部編: DPC点数早見表 診断群分類樹形図と包括点数・対象疾患一覧. 医学通信社, 東京, 2008
- 4) 平成20年度DPC対象病院の進捗状況等について (<http://www-bm.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/dl/s0509-3g.pdf>)
- 5) 福井次矢監修: Quality Indicator「医療の質」を測る—聖路加国際病院の先端の試み— Vol.2. インターメディア, 東京, 2008
- 6) 医療マネジメント学会編: 臨床指標の実践—医療の質をはかるために—. じほう, 東京, 2005

Usefulness and Limits of DPC Analysis When Considering Hospital Management Strategy

Toshihiko KOBAYASHI

Hamamatsu University School of Medicine, Affiliated Hospital

When establishing a management strategy for an acute hospital, knowledge of Diagnosis Procedure Combination (DPC) is indispensable. This also applies to the surgical as well as anesthesia personnel. In order to increase profit within a DPC system, the use of generic medicine, switching over to outpatient imaging scans, etc., have been highlighted, but an increase in revenue is anticipated through the appropriate coding, which can be also considered as the basis of the DPC system.

However, the benefits gained by a DPC targeted hospital switching over from a performance system should be invested in the maintenance of the hospital information system within the hospital, and an attitude of active public openness regarding clinical indicators is desired. In particular, continuing to acknowledge not only the DPC data presented currently to the Ministry of Health, Labour, and Welfare, but also the valuable raw data within the hospital, and consideration of the effective utilization of such data, is expected.

Key Words : DPC, Diagnosis Procedure Combination, Hospital management, Clinical indicator, Clinical coding

The Journal of Japan Society for Clinical Anesthesia Vol.31 No.1, 2011