

医療政策による今後の動向

— DPC の影響について —

呉大学看護学部
櫻井 啓一郎

論文要旨 少子高齢化による人口比率の変化や疾病構造の変化や医療技術の高度化、更に経済成長率の伸び悩みによる平均所得の低迷により、国は余儀なく医療制度改革を行う事態となった。その目玉となったのが日本版 DRG/PPS である DPC/PPS である。DPC 自体は医療の透明化を図る上で有効な策と言えるが、それによる影響が医療現場で起きているし、医療費の包括化である DPC/PPS は現在大きな議論的となっている。まだ DPC を採用している病院も数少なく、必要とされるデータも数限られた状態であるが、今後更に採用病院が増えていくことが予想されるであろうが、その基準について更なる検討がなされている。DPC 以外の問題点も指摘し、今後の影響について考察する。

キーワード : DPC, PPS, 透明化, 混合医療

■ はじめに

病院運営とその他の一般的な企業経営を比較した場合、今までは医療機関が保険医療制度の中で市場全体の収益率（採算性）は保っていたので比較的経営が安定していたが、人口構造の少子高齢化や疾病構造の変化、更に医療技術の高度化などにより、次第に大きくなりつつある医療費の抑制が重要な政策課題となってきた。その医療費抑制政策の柱である DPC が全国の特設機能病院に平成15年4月より導入された。平成17年からは民間病院を含めた2年間の試行期間が始まり、平成18年1月には中医協の基本問題小委員会において、DPC 対象病院となる病院の基準と包括評価の範囲の見直し案が了承され、更に拡大される見通しである。こういった状況下において病院関係者は様々な試行錯誤を繰り返している。本稿においては医療抑制政策の流れ、そしてその影響について DPC を中心に記述するものである。

■ 医療費抑制の影響

2003年度の全国の公私病院の経営事情は黒字の病院が27.6%で赤字の病院が72.4%であった。それでも尚、経営が成り立っているのは「キャッシュフロー」計算書などに頼るものが大きい¹⁾。しかし、医療費抑制政策によってそれら赤字の病院の中のいくつかが淘汰されるか他の病院に吸収される事態が懸念されている。これらの病院や診療所が生き残るためにはそれぞれの課題に従って事態を打開していかなければならない。それらの課題には、手術の施設基準が厳しくなったことにより手術のできない病院が増えたこと、2003年9月からの病床区分によって医療法において「その他病床」としていた病床を「一般病床」と「療養病床」と区分しなければならなくなったことで慢性期医療の患者が多い病院はしぶしぶ「療養病床」へ移行しなければならなくなったこと、また医療費の包括化により、どこまでその基準を広げていくのか、などといった問題がある。

■ 手術施設基準の厳格化

厚生労働省は2002年に悪性腫瘍手術、脳・心臓の手術、人口関節置換術については施設基準を満たさない場合は規定の点数から3割引にするという政策をとった。その中に「10年以上の経験を有する医師が1名以上常勤」という医師の基準も含まれている。その目的として経済的な目的で手術をする病院を減らすことがあげられる。しかし、医師の基準以外は施設基準を満たすことが困難で、地方の病院や中小の病院にとっては経営を揺るがす、厳しいものであった。その後の改定によって施設基準が緩くなったためそれ以上の混乱は生じていない。また今後の動向予測としてDPCの導入により、医療の透明化が図られるために患者は特に大きな手術について、施設の整っていて有名な医師の在籍している、より大きな病院を選択するようになり、病院側もDPC基準に合わない病院での急性期医療の手術を行うことができなくなることや経済的な理由により急性期医療から離れてリハビリテーションなどのような慢性期医療の医療機関に移っていくと考えられるので医師の基準以外にも患者は大病院の集中するようになるであろう。先進医療については高額な医療施設などのこともあり、大病院に集中するのでこれら大病院は中小の病院に患者を分配していくことが望ましい。そのため現在の医療政策にも大病院から中小の病院や診療所へと患者を紹介すると大病院に情報提供料として5200円の収入が入るしくみになっている。

■ 病院区分の実施

今村ほか（2006）の中で引用された表1で100ベッド当たり医師数や100ベッド当たり看護師数等の数値を他の先進国と比較することができる²⁾。

この表から明らかなように日本は人口に対してベッド数が多いのに対して、そのベッド数当たりの医師数や看護師数が他の国々と比べると見劣りする。これについては1985年の第一次医療法改正から2001年の第4次医療法改正までに基準病床数の削減の指針を出しているが、第一次医療法改正までに駆け込み的に増えているため、まだそれほど効果は上がっていない。ところがその数字もそのままで見ることではできない。というのもアメリカなどはナーシング・ホームという回復期の療養を行う施設が別に存在するからである。日本の病院は急性期医療と慢性期医療が組み合わさった医療を行っているため、アメリカで言えば一般の病院と上記のナーシング・ホームをまとめたものと言える。そのように考えると日本は、アメリカとだけの比較になるが、ベッド数が特に多いとは言えない。

そこで、それまでの医療法において「その他病床」と区分していた病床を「一般病床」と「療養病床」に分離することによって医療費の効率的な配分と機能分担が推進された¹⁾。一般病床とは急性期医療を行う病床のことであり、療養病床とは慢性期医療を行う病床と言える。木村ほかは一般病床から療養病床へ転換する弊害を次のように述べている²⁾。

- ① 医療は急性期医療が花形とされるため、慢性期医療にすることで仕事へのモチベーションが低下する。
- ② 施設基準による一般病床の1床あたりの看護師必要数と、療養病床の1床あたりの看護師必要数には、倍以上の差がある。よって、看護師に別の業務を作るか、看護師数を減少させなければならない。
- ③ 一般病床と療養病床では1床あたりの収入に大きな違いがある。療養病床は利益率が高いが、

表1 各国の医師数・看護師数比較

	日本	米国	イギリス	フランス
100ベッド当たり医師数	10.3	71.0	37.9	35.6
100ベッド当たり看護師数	56.0	224.5	131.0	69.7
人口千対ベッド数	12.9	3.4	3.9	8.2
人口千対医師数	2.2	2.6	2.0	3.3
人口千対看護師数	7.8	8.3	5.4	7.0

収入額は一般病床に比較して低くなる。したがって、多額の負債を抱える病院では、療養病床に転換することもままならない。

療養病床を選択した病院や診療所はこれから規模の縮小や他の病院に吸収されたり、場合によっては廃業に追い込まれる場合も考えられる。また一般病院は急性期医療を行うことになるため、民間病院と言えども将来DPCへの移行が考えられる。

また急性期医療を行うために一般病床を選択した病院も療養病床を選んだ病院も生き残りをかけてポジショニングによって更に機能分化しなければならない。例えば色々な看板を掲げた病院は大病院だけではない。普通の病床が200床以下の中小の病院でも「内科・小児科・アレルギー科」等と様々な科を設けている。これにより様々な患者を確保することができるのであろうが、今後はより専門化することにより、地域だけの医療からもっと広い範囲から患者を確保できると考えられる。

更に日本はイギリスなどと異なり、「フリーアクセス」によって日本全国のどの病院でも診療所でも医療を受けることが可能である。しかし、そのことが医療費の高騰を招くのである。患者はまず小さな病院に行ってから、その症状に従って大病院に進むといった形ではなく、最初から大病院にかかった方が検査もそこで受けることができるので、そちらを選ぶのである。小さな病院や診療所と比べて大病院はそれだけ人件費も施設費もかかるので医療費は高くなる。当然、患者本人の負担となる特定療養費は加算されるが、保険者も医療費がかさむため、できるだけ患者を分散させたいと思うのである。既に述べたが、その対策のひとつとして「情報提供料」が中小の病院や診療所を紹介した際に大病院に支払われる。

■ DPC とは

では医療費抑制策の目玉であるDPCについて考察する。DPCとはケースミックス分類と総称される分類手法の1つであり、患者を病名と提供されたサービスの種類の組み合わせによって分類する仕組みである(松田 2003a)³⁾。但し、このDPCはアメリカで開発されたDRG/PPSを似て異なるもので、まずDPCとDRGの分類方法が異なり、更にPPSとは一件当たり包括支払い(Perspective Payment System)のことで、DPSはいかなる支

払い方法も意味しない。またこのDPCとPPSを組み合わせたDPC/PPSとはDRG/PPSと異なり、一日当たり包括支払い(Per Day Payment)のことである。DPCとこの支払い方法との組み合わせによって、医療費削減問題がどのように解消されていくか注目を浴びている。

ではこのDPCが実施されるといかなる効果が得られるのであろうか。名目上はDPSの導入によって活動内容が透明化され、多くの情報が共有化されるということであるが、実際は前述したようにPPS方式との組み合わせによる医療費削減を目的としたものであると言える。しかし、DPSをPPS方式と組み合わせることによって医療費削減へと直結するかは未だはっきりとしない。ただ経営の苦しい病院は更に拍車がかかって病院の統廃合が進むという予想はある。DPCによる包括支払いを普及させた場合、民間医療施設の診療行為が全国の平均在院日数をはじめとする様々な指標(おそらく低い水準)と明確に比較され、すなわち厳しい評価に曝され、対応できない施設が生じるのではないかと(今井 2004)といった意見もある⁴⁾。また医療サイドから見ると、事前に支払額が確定しているために、病院側にはコスト削減への意志が働き、それは過小診療につながる可能性もある。ではDPCによってこういった事態が予想されるのであろうか。

■ DPC のメリット

DPCについて松田(2003a)は次のように述べている。「DPC開発の第一の目的は、医療に関連する情報の標準化と透明化であり、この情報に基づいて医療サービスの適切かつ効率的な提供体制を整備していくことである。」³⁾とし、更に松田(2003b)において、「DPCは病院の情報化を促進する要因となっているのかもしれない。…(中略)…病院の情報化は業務の効率化とサービスの質向上を第一の目的として行われるべきである。」⁵⁾と述べている。医療の透明化が進むことにより、在院日数の短縮化、医療の効率化を図り、より医療の質の向上を求めようとするものなのである(明石 2003)⁶⁾。つまり、このDPCを利用した(DPCそのものではない)包括医療制度では、診断群分類ごとに在院日数の平均が設定され、これを超えるとこれまでの出来高方式と比べて収入が減少するので、医療の質を向上させることによって在院日

数が短縮させようという意思が働くのである。

■ DPC の問題点

この DPC が支払い方式、つまり PPS、に結び付けられて定額支払い方式によって過少診療が助長されるのではないかという批判が医療現場から出てきている。これについては DPC の包括評価部分と出来高算定の部分とは完全に異なっていて、前者の点数は主にホスピタルフィー的要素で、後者は主にドクターフィー的な要素であるのであまり意味の無い批判と言える。例えば包括評価の範囲は入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射などの処置であり、出来高算定の範囲は手術料、麻酔料、心臓カテーテル法による検査、内視鏡検査、検体検査、指導管理料、リハビリテーション、精神科専門療法等である。薬は後発品の使用割合を増やすことで、検査や画像診断は外来に移行することで、また癌の化学療法・放射線療法のための計画的再入院を増やすことで収入を確保しているが、診療については包括評価部分ではなく出来高算定なので過少診療を行わなくても収入は確保されるのである。但し、藤森（2003）によると、札幌医大の当時のデータによるといくつかの疾患では包括評価では医薬材料費さえ回収できないような状況もあるが、病院全体として収支が大きくずれなければ良い⁷⁾、という実態がある。診察料は出来高算定なので医療機関ごとにことなるのは仕方が無いことであるが、薬剤に関しては患者側から考えると病院が異なっても出される薬が同じならば、その薬代も同じと思われる。しかし、実は DPC の制度下では病院の特徴や診療の特徴などによって検査や治療が異なり、その結果同じ薬が同じ代金にならないこともあるのだ。

次に、医療の透明化が進むことによって医療の質の向上が見込まれると前述したが、DPC が取り入れられることにより、医療現場の IT 化が進むのは目に見えている。これは DPC の導入によって、オーダリングシステム、電子カルテ、更に医事会計システムへと進み、画像情報システムまで至るかもしれない。医療現場が IT 化されることで医療の正確さやスピードは増すので患者からのクレームや医療ミスは減り、時間短縮につながるから他の病院との競争になり、挙句の果てにはこれらのシステムの導入に多額の費用を使わざるを得ない、といった状況に陥ってしまう。これ

は診療報酬請求額だけでは到底回収不可能であり、確かに医療の質は向上するがそれが報酬に結びつかない。大病院以外の中小の病院や診療所は報酬に結びつかない多額の機材投入は避けるために医療の質の格差は更に広がる。若手の有能な医師達は質の高い医療現場を求めるためにそういった頭脳も大病院へと集中することによっても医療の質の差はできる。

DPC/PPS の最も大きな影響は既に述べたように、在院日数の問題である。アメリカなどの包括診療制度 (DRG/PPS) では 1 入院に対する定額支払いシステムであるので在院日数が減ればそれに比例して収入が増えるため、病院側は当然効率的な医療を行うように努力する (岸ほか 2003)⁸⁾。しかし、現在のところ日本では 1 日当たりの定額支払いシステムであるため、入院日数が減少したからといって特に収入が増えるということはなく、医療サイドにはそんなに強い意識は働かない。しかし、上記の医療の透明化によって入院日数の比較的多い病院は他の病院と比較されるし、今後医療機関別係数によって入院日数の違いを埋めるような医療機関への救いの手が差し伸べられるかどうかは未定であるので、在院日数は低下の傾向を示している。今のところはまだ在院日数が減少しても収支にはさほど影響が出ないのはこの医療機関別係数をかけて帳尻を合わせているからであるが、将来医療機関別係数の制度が無くなったり、医療の透明化が進むにつれて在院期間が少ない医療機関に患者は流れる可能性もある。実際のところ、出来高を保証してくれている医療機関別係数 (機能評価係数 + 調整係数) の中の調整係数は、平成 15 年以降 5 年間の維持が決まっているが、この調整係数は DPC の円滑な導入のための緩和措置であり、平成 20 年言以降は廃止を含めて検討中ということらしい。また、そういった DPC への対応ができない病院は最初から DPC の参入基準を満たせず、急性期医療を行えなくなる可能性がある。これは今後急性期医療を担う病院を選別するために DPC が利用されるのではないかといった懸念さえあるのだ。これについて今井 (2004) は「DPC による包括支払いを普及させた場合、民間医療施設の診療行為が全国の平均在院日数をはじめとする様々な指標と明確に比較され、すなわち厳しい評価に曝され、対応できない施設が生じるのではなかろうか。」⁴⁾と述べている。伏見 (2004) は術前在院日数が長い医療機関は術前検

査の効率化と手術スケジュールの合理化で効率化を進めることができるし、術後在院日数が長い医療機関については積極的なりハビリによる早期退院、外来・在宅継続治療の活用、亜急性期病院への転院、術後合併症の予防等により効率化を図ることができる⁹⁾、と述べている。上述した札幌医大でも、「収入面では在院日数の短縮により病床稼働率が低下したものの、新規入院患者が増え入院総収入は増加している。」⁷⁾ということである。入院患者数の増加にともない、医療材料費の支出も増加するが、これらは出来高部分であることが多いので、材料に一定の差益があれば病院運営上は問題なさそうである。

しかし、藤森はここ数年クリニカルパスの導入が進められ、投入された医療資源に対して入院期間が短すぎて原資を回収できないケースも見られる⁷⁾、と述べている。原資を回収するために入院日数を増やすというのは現実的ではないので、DPCによって分類された疾病ごとにクリニカルパスを作成しなければならないであろう。

またこういった医療の透明化によって、患者や医療機関がDPCによる情報に積極的にアクセスすると見込まれるため、特定の医療機関に患者が集中すると予想される。この件について松田(2004)は「これらの施設では外来手術や短期入院手術なども積極的に行うことでさらに多くの患者を診療することになる。……さらに外科的処置も高度化するが、そのような手術についてもスタッフ・設備がそろっており、医療の質の評価に関する指標の高い施設に患者が集中するようになると予想される。以上のような動向によって、急性期病院の外科センター化が加速するであろう。」¹⁰⁾と述べている。確かにこういった特定の医療機関には高額医療機器が備わっており、日本は諸外国に比べ人口あたり的高額医療機器数が多いためその稼働率が低く採算がとれない場合も出てくるのであるが、患者が集中することでその稼働率が上がるが、松田は患者の利便性のためにも医療コストの適正化のためにも医療計画の見直しにおいて高額医療機器の共同利用を促進する具体的方策が明記されることが必要である、としている。この急性期医療のセンター化は入院単価や外来単価の改善につながり、急性期病院の財政にも好影響を及ぼし、医療施設の機能分化を加速させ、それに伴い一部の病院は回復期リハビリなどのいわゆる中期入院施設にその機能を転換させていくと推測でき

る。DPCによる医療の透明化は医療の機能分化を促進すると予想される。

以上、DPCの問題点ともメリットともとれる点を一部だけ述べた。

■ 今後の動向

DPCだけでなく医療包括支払い制度つまりPPSにまで広げて医療全体に行き渡らせると現在は大学病院等の特定医療機関だけの採用に留まっているが、上述したように今後民間の医療機関もDPC/PPSを採用する病院だけが急性期医療機関と認められる条件になると思われるので当然民間の医療機関も参入を望んでくる。しかし、問題はまだまだ難しく中央社会保険医療協議(中医協)の反応は鈍い。2004年1月の時点でDPCの拡大については、支払い側が民間病院への拡大を主張するのに対し、診療側は再入院の実態や患者の満足度などのアウトカム評価が不十分として慎重論を展開し、意見が対立していた。同年2月の中医協で92の調査協力医療機関のうち、データの量と質が一定以上の施設を対象に2年間の試行としてDPCの対象医療機関を拡大することを合意した。2005年4月の中医協で支払い側はDPC病院においては①平均在院日数が減少、②後発品の使用割合が増加、③検査・画像診断が外来に移行、④癌の化学療法・放射線療法のための計画的再入院の増加など、医療の効率化が進んでいることを報告し、「危惧された祖診・祖療は認められない」としている。それに対して診療側は後発品を増やしたり外来に移すというのは、収入を確保するため、患者のためにどう変化したのかが見えてこない」と反発し、更に支払い側が「医療機関を比較できることが医療の質の向上につながる」として2005年度の調査を実施するに当たり、調査協力病院の新規参入について提案したが、医療側は「対象病院を限ってどんなアウトカムがあるか、きちんと見ていく必要があり、調査協力病院を増やす必要はない」と対立した。同年11月には診療側にははまだ包括評価であるために患者が必要な医療を受けられないのではないかと懸念が見られたが、病院代表からは「客観的に見て他の比較できることを評価し、積極的に受けとめている」といった意見もあり、病院の総意であるならば異存はない、とDPCの拡大の方向で合意した。2006年の1月には日本医師会から「大多数の病院

がDPCに賛成しているのであれば、拡大に賛成するが、有効回答率が低く、信頼性が低い、「過剰診療をして出来高を大きくしてから、DPC対象病院もあると聞く」とDPC拡大に反対の姿勢を見せている。DPCの対象病院の基準（①特定集中治療室管理科，②救命救急入院室，③病理診断科，④麻酔管理科，⑤画像診断管理加算の5項目をあげている（2006年1月の中医協において））だけではなく、今後現在DPCを採用している医療機関の詳細な調査によるデータ，ならびに今からDPCを採用していこうとしている医療機関の調査も詳しく行う必要がある。

また医療財政の逼迫から医療費の抑制政策はDPC/PPSだけでなく、今後混合医療へと向かう可能性がある。混合医療は保険医療と自費医療の混合で、公的医療保険でカバーされる範囲が狭くなり、患者にとって必要な診療が受けられるのか疑問である。混合医療が認められると当然予想されるのが、政府や保険会社に雇われた監査官が、医療の必要性を決定するような事態である。民間医療保険の発達したアメリカでは医療管理の専門家であるこういった監査官が立ち入り、「不必要な検査や治療を減らし、医師がよりコストのかからない介入方法をとるようにしていくことを主眼としていた」（岸ほか 2003）⁸⁾ ため、医療関係者や患者からは評判が悪かった。日本でこの混合医療を取り入れると、まずは健康保険と民間医療保険との割合の調整が問題となる。現在、被保険者が自ら希望して特定承認保険医療機関で医療を受けることができる。保険の対象外で給付されない特別の料金の支払いを患者から受けることができる「特定療養費制度」は現在も健康保険法の中にあるが、これはあくまで特別な療養を患者が希望している場合のものであって、基本的な医療には関係ない。従って健康保険法の中において特定療養費制度以外の療養の給付、入院時食事療養費、療養費等を現在の健康保険の範囲として特定療養費制度の部分を民間保険で賄うとしただけでは現在とあまり変わることがないので、やはり民間の医療保険が基本的な医療にも進出してこない医療制度改革にはならない。特定療養費制度以外の

給付について民間の医療保険の割合をどこまでにするかは低額所得者にとっては死活問題といえる。低所得者は基本的な医療さえも受けられない可能性まで出てくるのである。受けることができれば助かる手術や投与されれば回復する薬剤を与えることができないという医療関係者側のジレンマに加えて道義上の問題も絡んで、それを優先して収支のことを無視すると今度は医療機関の経営上の問題も浮上してくるわけである。そうすると民間医療保険への加入を義務化するしか方策はなくなるのである。義務化されると民間医療保険側はサービスを統一する方向と「この疾病はこの保険で」といったように専門的に分化された保険も出てくるであろう。患者はどの保険を選べばよいのかという難しい選択が強いられ、更に上記の監査官が当然登場すると思われるので、医療側と民間医療保険側との密接な連絡体制が必要となるであろう。

■ 結 語

日本の医療費抑制政策は様々な手段でなされているが、こうやって見ていくとそれぞれの方策において、特にDPCにはまだまだ問題点がありそうである。しかし、このDPCはPPSと組み合わせることで医療制度の大改革で医療費包括制度だけがやたらクローズアップされて、なかなかその本質は見えてこないけれど、DPCそのものの目的はやはり医療の透明化であるから医療の世界の中だけでなくその外部からも見えてくることがあれば将来の展望は明るいと思われる。但しメリットがあればデメリットもあるのが世の慣わしで、透明化によって患者の特定医療機関への集中を招き、中小の病院や診療所はDPCを取り入れることができないまま急性期医療から外れる可能性が出てきた。更に急性期医療から外れた医療機関は慢性期医療へと順調に移行できる場合とできない場合もある。慢性期医療への転換が上手くいったとしても急性期医療と比べて医者が集まらなくなったり、収入面で採算がとれるかなど問題は山積みである。

引用文献

- 1) 木村憲洋ほか：病院のしくみ。東京：日本実業出版社，2005。
- 2) 今村知明ほか：医療経営学。東京：医学書院，2006。

- 3) 松田晋哉：DPC とは何か. 連載「DPC これからの医療」第1回. 社会保険旬報. No.2189, 16-20, 2003.
- 4) 今井博久：DPC 包括評価導入による在院日数比較—医療施設はどう行動したか. 社会保険旬報. No.2209, 10-14, 2004.
- 5) 松田晋哉：DPC 定義表と情報化の課題. 連載「DPC これからの医療」第2回. 社会保険旬報. No.2191, 10-20, 2003.
- 6) 明石勝也：DPC の本質は医療の質的向上. 新医療. No.347, 69-71, 2003.
- 7) 藤森研司：札幌医大における DPC の状況. 連載「DPC とこれからの医療」第3回. 社会保険旬報. No.2193, 14-20, 2003.
- 8) 岸泰宏ほか：精神科に DRG (DPC) を免除することの問題点. 社会保険旬報. No.2187, 16-21, 2003.
- 9) 伏見清秀：DPC と病院管理. 社会保険旬報. No.2198, 10-17, 2004.
- 10) 松田晋哉：DPC を用いた病院マネジメント. 連載「DPC とこれからの医療」第5回. 社会保険旬報. No.2202, 12-17, 2004.

以下その他参照した文献

- 1) 阿南誠ほか：DPC と診療情報管理士の役割. 連載「DPC とこれからの医療」第11回. 社会保険旬報. No.2225, 14-19, 2004.
- 2) 宇都由美子ほか：新診断群分類への移行に伴う病院の対応と情報システムの変更. 連載「DPC とこれからの医療」第7回. 社会保険旬報. No.2208, 22-29, 2004.
- 3) 遠藤久夫ほか編著：医療保険・診療報酬制度. 東京：勁草書房, 2005.
- 4) 開原成充ほか編著：医療・福祉経営管理入門. 東京：国際医療福祉大学出版会, 2002.
- 5) 川渕孝一：DPC に求められる戦略的発想. 新医療. No.347, 64-67, 2003.
- 6) 川渕孝一：DPC データを使った医療の質の可視化の試み (上). 社会保険旬報. No.2259, 28-33, 2005. 熊本一朗ほか：DPC 対応の情報システムを構築. 新医療. No.347, 72, 2003.
- 7) 酒巻哲夫：「ひと中心」へのシフト大切な新制度. 新医療. No.347, 77-82, 2003.
- 8) 塩塚康子：診断群分類 (DPC) を用いた K 病院における在院日数と診断報酬の分析. 社会保険旬報. No.2228, 6-19, 2004.
- 9) 高橋泰：DPC 実践テキスト—基礎から病院への導入まで. 東京：じほう, 2005.
- 10) 寺野彰：導入から2ヶ月の現況と課題. 新医療. No.347, 68, 2003.
- 11) 伏見清秀：マネージメントツールとしての DPC —医療機関プロファイリングと疾病管理への応用の検討. 連載「DPC とこれからの医療」第9回. 社会保険旬報. No.2216, 22-28, 2004.
- 12) 堀口裕正：DPC を用いた病院評価. 連載「DPC とこれからの医療」第6回. 社会保険旬報. No.2205, 18-22, 2004.
- 13) 松田晋哉：DPC と医療の質. 連載「DPC とこれからの医療」第8回. 社会保険旬報. No.2213, 14-21, 2004.
- 14) 松田晋哉ほか：DPC の精緻化作業. 連載「DPC とこれからの医療」第10回. 社会保険旬報. No.2219, 25-30, 2004.
- 15) 松田晋哉：DPC を用いたベンチマーキング. 社会保険旬報. No.2265, 20-25, 2005.
- 16) 三浦幸雄：DPC の病院医療に対する影響について. 社会保険旬報. No.2262, 16-27, 2005.