

定義や用語を選択する際のルール等の運用方法の標準化も必要である。特に傷病名については ICD という「標準」が存在するが、そのコーディングについては、同じ疾患に対して種々の解釈が起こる可能性がある。したがって、コーディングを一般化していくためには、次のものの整備が必要である。

標準化のルールと適切に運用するためのマニュアル作成

精度の高いコーディングのための教育システム

実務に関するサポート体制

情報に関わる人材育成 等

標準化のルールおよび適切な運用のためのルール作りは、本診断群分類調査研究にて、傷病名（下記のとおり）や転帰（別紙1のとおり）の定義を定めており、データベースの標準化や精度向上に効果をあげている。また、傷病名付与の留意点マニュアルを作成し、各試行医療機関にて使用されている。

- ・主傷病名（いわゆる医師の考えるサマリー記載の病名）
- ・入院の契機となった傷病名
- ・医療資源を最も投入した傷病名、（転科があった場合には医療資源を2番目に投入した傷病名）
- ・入院時併存症
- ・入院後発症病名

（3） 診断群分類の精緻化

（学会等の臨床専門家が参加して行う病態区分や臨床実態を反映した診断群分類の作成
病態区分や臨床実態（重症度等）を把握できるMDSの検討（臨床学会の意見を反映する）

診断群分類については内科系学会の集まりである内保連と外科系学会の集まりである外保連を中心に診断群分類の見直しが行われている。

今回の分類見直しでは、臨床状態、技術難易度、人的・物的資源投入量、在院日数などの「医療資源の使い方の均質性（いわゆる手間のかかり具合）」を分類の基礎としている。今回の調査研究においては、基礎患者調査票の様式1と様式2に記載のあるデータのみを用いて診断群分類を開発しようとしているため、種々の制限がある。そのため重症度の分類など、医療資源消費量に大きな影響を及ぼし得る要因が欠ける可能性がある。そこで、各分類の担当者に分類の精緻化に必要と思われる情報についても検討を行ってもらっている。具体的には新生児関係の分類では「出生時体重」、脳神経外科では「JCS」の情報に

についても把握できるような様式の変更について提案がなされている。今後、実際に臨床を担当する関係学会等の意見を聞きながらMDSの検討も進める必要がある。

第二段階 病院における標準的医療情報活用の普及、標準化され病院間比較可能な医療情報システムのネットワーク化

(1) 院内の診療録管理体制の整備、さらにそれに伴うデータベース構築環境の整備について

(診療録管理体制加算の活用)

平成12年4月の診療報酬改定に伴い診療録管理体制加算が新設された。現在のところ、全国で**施設が承認を得ている。この加算が新設されたことによる各医療機関における「診療録管理」への関心は非常に高いものになっている。

また、日本病院会認定の診療情報管理士通信教育受講生は増加し、さらには他の病院団体においても勉強会を実施する等、今後は医療機関における診療情報管理体制は大きく改善されることが期待されている。

今後も診療報酬上の評価を適正に行うことにより医療機関における診療情報管理の環境整備が進むことにより、正確な情報に基づく病院機能評価も可能となることが期待される。

今後の「診療録管理体制加算」の要件を考える時、標準化されたデータベース構築環境の整備と客観的な評価基準に基づく病院機能評価の体制整備を重点的にすべきである。

以下に、今後の方向性と求められることを記す。

- ・ ICD10に基づいた4桁以上の疾病コーディングがなされていること
- ・ 診断群分類に基づいた疾病統計が作成されていること
- ・ 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること
- ・ 患者に対して診療情報の提供が行われていること
- ・ 1患者1入院1ファイルの徹底
- ・ 入院患者については、ICD10に基づいた傷病名、ICD9CM又は診療報酬点数表コード(手術ではKコード)
- ・ 診断群分類を用いた病院疾病(治療)統計の作成及び患者及び国民への情報還元

現状では、診療録管理体制の不備、さらには、それに基づく良質なデータベース構築が十分に出来ていないこと、客観的な病院機能評価の体制が整備されていないことから、情報開示や病院情報の国民への提供が出来ていないと推察する。

診断群分類の導入と医療機関における診療情報管理の環境整備が進むことにより、良質な診療録管理とデータベース構築が推進され、客観的で病院間比較可能な情報の提供が可能となり、患者、国民と医療機関の信頼関係をより強固にする意味でも非常に有用なことであると考える。

(2) データダウンロード方式の普及について

(レセプト電算処理システムを活用した院内情報の標準化及びその普及)

現在のわが国の診療報酬制度では、いわゆるレセプトが最大の根拠であり、それはそのまま最大の標準である。レセコンの普及で、そのデータを経営分析に使う医療機関も増えていくと推察されるが、複数の医療機関で比較するためには、必要な項目の検討とそのデータベースの構造の検討と同時に、現行のレセコンシステムからの効率的な取り込みを考える必要がある。特に、現行のレセコンシステムから苦労なくデータを抜くことがレセプトデータを活用する鍵になる。

そこで、レセプト電算システムの導入と関連して、「データダウンロード方式」を用いることによって、標準的なデータを集積する環境が構築されることになる。今後は、レセプト電算方式の普及が進めば、そこからデータを抜いて病院ごと、また、病院間の比較という従来出来なかったことが容易に可能となる。

(3) オーダリングシステムと電子カルテについて

(傷病名一診療行為(手技、薬剤、材料等を含む)一日付一患者一転帰 がリンクしたオーダリングシステムの必要性)

診断群分類基礎調査、いわゆる様式1は、従来からの診療録サマリーデータのデータベース、様式2は、レセプトデータであるが、詳細な分析を行うための情報としては十分ではない。しかし、現状でデータ収集の容易さを考えると一つの分析の手法としては妥当な手法と考えられる。今後、診断群分類開発や診断群分類による比較の検証のためには、より詳細でかつ精度が高い情報を容易に収集できる体制の整備が必要となる。そのためにいわ

ゆるオーダエントリーシステムや電子カルテなどの医療情報システムの利用が考えられ、特に医療機関の規模や公共性を考慮して、大学病院、国立病院、社会保険病院等の医療情報システム導入や更新に伴い、診断群分類の基礎調査に対応可能なシステムを導入することが必要である。

第三段階 医療情報の有効活用

(クリティカルパスを活用したコストデータの把握、病院間比較、患者及び国民への情報提供等)

(1) 部門別、疾患別コストデータの把握について

(病院間比較可能な共通言語による情報のコストデータの収集及び比較)

わが国では、レセプトによる診療報酬制度があるために、医療機関の収入面ではかなり詳細なデータを得ることが可能であるが、消費された医療資源(コスト)の分析はほとんど行われていないのが現状である。特に、診療報酬点数の出来高払い制度や医療機関のおかれた環境が異なるため同一疾患に対する診療行為のばらつきも大きく、単純にコストデータを収集しただけでは各医療機関のばらつきだけを証明する結果ともなりかねない。

ところが、昨今のインフォームドコンセントの必要性や医療の質評価、さらには医療の効率化という視点から、いわゆる「クリティカルパス(クリニカルパス)」という考え方に基づき、コ・メディカルを中心に医療業務の標準化、在院日数の短縮、医療の質の管理を目的に急速に普及している。医療業務の標準化や医療の質の管理を行うことにより、疾患別の診療行為におけるコストデータを把握しやすくなり、大量のコストデータの収集も可能である、従ってクリティカルパスの導入に積極的な医療機関においては、少なくともその対象患者については、コストのシミュレーションは比較的容易であるので、今後は、いくつかの調査方法(シミュレーション方法)を開発・提供することによって、コストデータの把握も可能になるとと思われる。現状では、次に示すような方法がコストデータの把握方法として考えられると思われる。

- ・クリティカルパスごとのコストデータを算出し医療機関ごとのデータを収集する。同時に各医療機関におけるクリティカルパスの相違も分析する。
- ・医療情報システムにより、オーダエントリーシステムや電子カルテシステムによるコス

トデータの把握とその疾病別などのデータの把握。

(2) 病院の効率化、入院期間の適正化について
(職員のコスト意識の向上、診療のばらつきの縮小)

前述のとおり、クリティカルパスの導入により、診療の一貫性の確保による、医療業務の標準化、医療の質の確保、効率性の確保については、医師は無論のことコ・メディカルにも浸透してきている。今後は、診断群分類に対応したクリティカルパスを開発・導入することは病院にとって当然の流れとなることが推察されるので、収入と支出(コスト)との連携、入院期間の差異は非常にわかり易くなることから、病院の経営や運営の指標の開発も容易になると考えられる。

特に、医療業務の標準化により診療の一貫性の確保とともに、医療行為のばらつきの把握も容易になるために、当然その原因や要因の分析への要求も盛んになると考えられる。結果的に、そのバリエーション分析に基づくクリティカルパスを改善することで、医療の質の向上や医療機関運営の効率化や業務改善に果たす役割も大きなものになると考えられる。さらに、入院期間のばらつきについては、その分析は、単純に効率化だけではなく、例えば、いわゆるリスク症例等の管理にも有用なツールとなり得る。

いずれにしても、診断群分類の導入は一定の標準を示すことであることから、それを標準としてその差異を分析する考え方やツールの開発を促進し、医療の質の向上や医療機関運営や経営のマネジメントに大きな転機と貢献をもたらすことが期待される。

(3) インフォームドコンセントを中心とした患者への情報提供について

前述したように、わが国の患者への情報開示、国民への情報提供が進まなかった理由に、診療録管理が不十分であったこと、それに基づく良質なデータベース構築が出来なかったことと客観的な病院機能評価の体制が整備されていないことが大きな原因となっている。特に、診療録管理の重要性は古くから指摘されていたことであるが、その改善は遅々として進むことはなかったと言ってよい。しかし、診療報酬上の評価である、「診療録管理体制加算」の新設は、わが国の診療録管理体制の改善に画期的な影響をもたらしたと言われている。

今後、診断群分類の導入はこの流れをさらに加速することは間違いなく、結果として診療録管理の改善に基づく患者への情報提供体制整備も大きく進展すると期待される。また、

診断群分類の一般化は、患者の意識も変化させることから、患者の期待に応える必要も医療機関の義務として課せられることになることも忘れてはならないと考える。

第四段階 医療の質の向上、根拠に基づく医療の支援

- (1) 診療ガイドラインの作成、EBMへの利用について
(収集したデータを基に医療の質の向上を図る)

基本的に診断群分類の導入は、医療の均一性の保障をすることであり、その分類について、正当な評価を与えることである。特に、基礎調査に伴うデータベース構築は、前述したとおり、良質なデータを創出することに意味がある。その過程で、傷病名をはじめとして、定義やルールの標準化という問題をクリアする必要がある。また、それがなされることによって、評価にたるデータベースの構築が可能となる。結果的に、それらのデータを用いて、さらにはそれらのデータを正当なかつ論理的な方法で分析することによって、従来、臨床的な視点から作成された診療ガイドラインの検証、さらには、各分野でのEBMへの利用ということが期待できる。

- (2) 病院のアウトカム評価について
(病院機能の専門分化、地域での役割分担、地域連携による患者サービスの向上)

何度も述べてきたように、診療録管理の改善に伴う高精度なデータベースの構築は診断群分類の開発や分析だけではなく、多くの医療機関相互の比較や集計をすることによって、病院機能の分析や地域における役割の分析、さらには、相互の医療機関を比較分析することによって、相互に連携を図るシステム構築にも役立つことになる。従来は定点観測的なデータを基礎に医療機関の地域の位置づけ、地域連携を考えてきた経緯があるが、精度の高いデータベースの構築は、時間の経過まで含めて迅速かつ容易にシミュレーションや分析を可能にする。

診療報酬と原価計算

報告者（分担研究者）

遠藤久夫

学習院大学経済学部

1. 診療報酬の公定化の意義

市場によって分権的に決定される価格に基づいた資源配分と比較して、政府によって決定される公定価格に基づく資源配分は非効率であることは理論的、実証的に明らかにされているが、公的医療保険では医療のインプットに対する保険償還価格を公定化している。これは政策的な誤りかといえばそうではない。その理由は、公的医療保険により患者の自己負担が抑制されていることと医師と患者の間の医療に関する情報の非対称性によって「市場」に任せた価格が効率的な資源配分を導くとはいえないからである。たとえば医療機関の購入価格以って保険償還価格とする償還制度（都道府県購入価格方式）がかつて一部の医療用具に適用されていたが、この方式では価格が高止まりしたことが知られている。

わが国の公的医療保険では原則として個々の医療インプットに対して公定の保険償還価格が設定されているが、これは診療報酬の支払い方式が出来高払い制であることによる。たとえば包括支払い制では医療機関に医療インプットを引き下げようとする誘因がはたらくため個々のインプットに公定価格を設定する必要はなくなる。しかし、包括化された新たな支払い単位をいくらで保険償還するかという新たな公定価格の設定に直面せざるをえない。すなわち公的医療保険の制度下では支払い方法（支払い単位）によって設定対象はことなるものの何らかの公定価格を設定することは避けられない（図1）。したがって、どのようにして適切な公定価格を設定するかが課題となる。

図1 診療報酬における公定価格の必要性

公的医療保険⇒患者自己負担が小さい／情報の非対称性

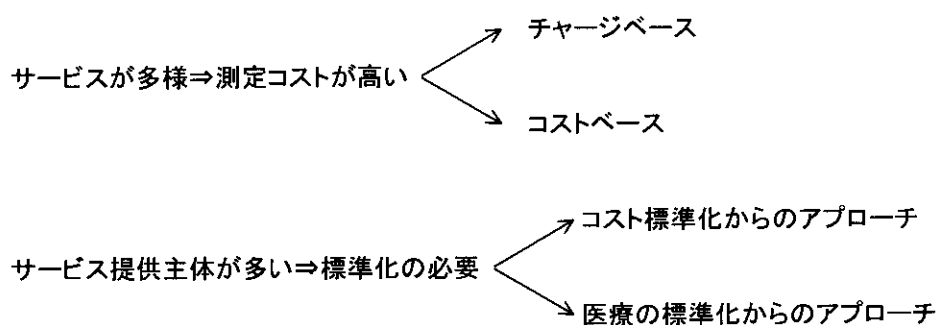
⇒インプット価格に市場圧力が機能しない⇒インプットの公定価格の必要性

2. 医療の公定価格設定の難しさ

医療の保険償還に公定価格を設定することは電力事業や運輸事業の公共料金の設定と比較してかなり難しい。それは、医療は電力事業や運輸事業と比べて①提供するサービス内容が多様であり、②サービスの提供主体の数が多いからである。①はコストの計測コストを増加させ、②は何らかの標準化を必要とする（図2）。

図2 医療の公定価格設定上の課題

医療の公定価格設定は電力等公共料金の設定と比較して



(1) コストベースかチャージベースか

電力事業等の公共料金の設定については財務諸表ベースからコストを把握することが容易であるが、サービスが多様である医療においては個別のサービスとコストを対応させることが格段に困難である。コストを計測するコストが高いために簡便法として現行の請求ベース（チャージベース）を用いることも考えられる。公定価格をチャージベースで設定する場合とコストベースで設定する場合のメリット、デメリットは次の通りである（表1）。

チャージベースで行う最大のメリットは計測コストが小さい点である。現行の報酬請求プロセスを通じて医療行為単位の医療インプットの請求額を把握することができる。ここで把握するコストではないが、多くの医療機関と請求額を比較することによって個別の医療機関における医療インプットの消費水準を把握することができるので、平均的な水準を公定価格とするといった方法が考えられる。ただしこれは現行の公定価格を前提にしているので実際のコストを反映している保証はまったくない。また、この方法は支払い単位が現行より広く設定される場合（たとえば個別の医療インプット単位で償還していたものが疾病単位で償還される場合など）にのみ有効であり、インプットの現行の公定価格がコストを反映していないので適正化するといった目的ではコストを直接計測する方法でなけ

れば意味がない。

一方、公定価格をコストベースで設定する最大のメリットは価格にコストを反映させることができる点である。もっとも公定価格がコストに対応させるべきかどうかは議論を要する。第一に市場価格は需給関係で決まるのであるから、供給コストのみを反映した価格が合理的な価格だとはいえないという考えである。さらに、公定価格の設定（改定）のために参照するコストは現行の公定価格の影響を受けているので、新公定価格は旧公定価格に依存するということになり、コストは旧公定価格と新公定価格との媒介物にすぎないという見方もできる。しかし、市場の失敗下にあり「純粋な」市場価格が存在しない以上、公定価格を供給コストに対応して設定することは次善の策としては合理性をもつであろう。コストベースでの接近法の最大の問題は原価計算上の様々な困難性が伴うことである。各部門や医療行為への配賦基準をどのように考えるか、施設や機器のコスト算出のための稼働率をどのように考えるか等々、課題は多く、計測のためのコストはチャージベースより高くつく。実際にわが国においても昭和20年台に「新医療体系」の作成過程で医療の原価計算が行われたが挫折している。その理由のひとつが計測のフィージビリティであった。

尚、アメリカのメディケアパートB（ドクターズフィー）にRBRVSが導入された過程で公定価格の設定をコストベース（資源ベース）で行うべきかチャージベースで行うべきかについて議論がなされた。当初外科系医師はチャージベースを支持し、内科系医師は資源ベースを支持したが、ハーバード大の研究でチャージベースは市場価格を反映していないため問題が多い点が指摘され、最終的には資源ベースで作成されるようになった。

表1 チャージベースとコストベース

	メリット	デメリット
チャージベース	報酬請求に対応しているため計測コストは小さい 医療機関ごとの資源消費の水準を比較するのであればある程度事足りる	現行の公定価格のひずみを反映
コストベース	コストを反映した公定価格設定に必要	原価計算上の困難性(配賦方式、稼働率…)が伴う 多数の医療機関のコストを把握するため計測コストは大きい

(2) 標準化の方法は

電力料金等の公共料金と比較して公定価格の設定が困難である大きな理由のひとつはサービス供給主体が多いため同じサービスであってもインプットの納入価格や施設稼働率によって供給者によってコストにばらつきが多い点である。さらに個別償還から包括化のように支払い単位が拡大する場合は、医療機関ごとの医療インプットの新しい支払い単位ごとの投入量のばらつきをどのように処理するかが問題となる。包括支払い制への移行を前

提とした場合、医療機関ごとのばらつきを標準化する方法として、集積したコストデータにベースに統計的に代表性のある数値（平均値や中央値）を使う方法と、医学的見値から医療の標準化を進め、適正なインプットの投入量を導き出すという方法が考えられる。前者は、コストデータの収集方法が確立されれば標準化は迅速、網羅的に行うことが可能であるが、コスト収集方法の構築が大変なことと、医療の標準化に貢献しないというデメリットがある。一方、後者は医療の標準化のプロセスから派生的に必要なインプット量を算定するので医療の標準化が図られるのは当然だが、迅速性、網羅性が乏しい（表2）。

表2 標準化の方法

	メリット	デメリット
コストデータからの標準化	コストデータの収集方法が確立していれば迅速、網羅的に決められる	標準的な医療の確率には貢献しない
医療の標準化からのアプローチ	医療の標準化により質の向上が期待できる	迅速性、網羅性に問題

3. 古くて新しい課題である原価計算と診療報酬：新医療体系

保険償還価格をコストを反映したものにしようという試みは古くから考えられていた。その典型例は昭和 20 年代における新医療費体系における原価計算の試みである。

点数単価式診療報酬支払方式については、昭和 20 年ごろよりその欠点について度々指摘されるようになったが、他の支払方式へ直ちに移行することが難しいことから、現行制度内の不合理を是正することが先決とされてきた。昭和 24 年になると、この医療費体系は厚生省に設置された臨時診療報酬調査会の答申において「物と技術とが不可分の形をとっている診療報酬を技術と報酬に区分して考えるべきである」と述べられ、技術料が支払い方式制度の中で議論される端緒となった。

(1) 技術料議論の背景

- ・家族の受診率、入院率の上昇に伴う保険財政の逼迫

(政府管掌健康保険で 40 億円の赤字)

- ・医薬分業問題

→明治初年に政府が法律で医薬分業の原則を定めたものの、実際は調剤・投薬職能分離を悲願とする薬剤師協会等の活動

GHQ からの医薬分業に関する勧告書、政府幹部のドイツ医薬分業制度の視察報酬の大部分を薬剤費（薬価差益、調剤料、処方料）に依存する医師の反対
高い薬を使うと技術料も高くなる支払方式（技術料の差額の発生）

さらに種々の調査の結果、昭和 26 年には臨時診療報酬調査会が「物と技術の分離可能」との答申をだした。厚生省は、この答申をうけて、昭和 29 年から医薬分業の考えによる「新点数表」と「新医療体系」の策定をおこない、昭和 25 年に各種審議会の統廃合の結果発足した中央医療審議会（中医協）に諮問をしたが、前者は反対にあい撤回を余儀なくされ、後者は薬剤調剤料と処方料を分離する暫定案で昭和 31 年に実施にこぎつける結果となった。

(2) 新医療体系の概要

①算定根拠となったデータ（調査）

医療施設面調査（病院の収支の把握）→サンプル数 155 病院、217 診療所、104 歯科
医薬経営精密調査（部門別、行為別原価計算の実施）→不首尾な結果に終わる

②不首尾な結果に終わった理由

○昭和 26 年より医師の医療行為を個々に原価計算することを目的に「医療費原価計算方式打合会」が厚生省により設けられていたがフィージビリティの点から活動は停滞

- 間接経費、キャピタル費の部門への配賦、診療行為への配賦が困難
- 診療行為内の医療資源稼働状況のばらつきへの対応が困難（医療の標準化の議論）
- 医師の腕や技術自体の難しさを評価する手法への検討が必要

③医療経営精密調査の部分的な成果＞

- 医師の時間単価（技術料）は7～8円/分
- ストップウォッチを利用したタイムスタディ調査で医師自身による計測が可能であった → 調査票はかなり大ざっぱなもので、算定データに対する批判もあった
- 初診料=6.203点（病院、開業医）、再診料=4.595点（病院、開業医）と算定された
→ 一部は新医療体系に反映の模様
- 技術料算定の概念

$$\text{技術料} = (1 + \alpha) g t$$

(1 + α) : 技術指数、 t : 医療資源稼働量、 g : 基準コスト

④新医療体系の特徴

- ・物と技術の分離
- ・従来の点数表から技術料を中心に8.5%アップ → 技術の適正評価
- ・手術を中心に各診療行為間のバランス表を各学会に作成依頼
- ・甲表（技術中心）では包括化の概念導入（初診の基本診療料、入院の基本診療料）
- ・1点10円に固定

（参考資料）

「医療保険半世紀の記録」厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修（1974年）

「戦後医療制度の改革」有岡二郎 日本医事新報（1995年 No.367～）

「社会保険の夜話」大塚要 日本労働研究所（1956年）

「社会保険診療報酬単価値上げの全貌」社会保障研究所 日本労働問題研究会（1952年）

4. 現行の診療報酬決定方法と原価

厳密な原価計算に基づく公定価格の設定には様々な課題があり、厳密性と計測コストの節約（実現可能性）という二つの要請の妥協の上に成り立っていると見える。わが国の現行の診療報酬の決定方法も同様であり、全てのインプットの保険償還価格がコストを反映してはいない。わが国の診療報酬決定過程を単純化したモデルで見てみよう。

医療のインプットを公定価格設定時に市場価格（医療機関の納入価格）を調査するか否かで*i*財、*j*財の2種類に分けて考える。*i*財としては薬剤、特定保険医療材料、検査委託費が該当し、*j*財はその他のインプットであり人件費も含まれる。

*i*財：市場価格調査を行うインプット（薬剤、特定保険医療材料、検査委託費）

*j*財：市場価格調査を行わないインプット（人件費、etc.）

(1) *i*財の公定価格の決め方

*i*財の公定価格 \bar{p}_i は市場価格 p_i を基本に一定のルール（薬剤であれば薬価基準制度）の基づいて決定される。したがって、*i*財の公定価格には市場価格が反映される。（もっとも市場価格 p_i は公定価格 \bar{p}_i に影響を受けている点で、「市場価格」といえるかどうかは疑問であり、納入価格という方が適当である）

$$\bar{p}_i = f(p_i)$$

p_i : *i*財の市場価格

\bar{p}_i : *i*財の公定価格

2. *j*財の公定価格の決め方

*j*財の公定価格 \bar{p}_j は次のように決定される。*i*財の公定価格 \bar{p}_i が上記の方法で決定されたら、診療報酬の引き上げ率を勘案した医療費 k の水準を維持できるような制約条件下で \bar{p}_j は決まる。式で示せば以下のようなになる。

制約条件 $k = \sum \bar{p}_i q_i + \bar{p}_j q_j$ の下で \bar{p}_j を決定

p_j : *j*財の市場価格

\bar{p}_j : *j*財の公定価格

q_i : *i*財の投入量（現状の水準）

q_j : *j*財の投入量（現状の水準）

k : 診療報酬の引き上げ率を勘案した医療費

その際、 \bar{p}_j の決定に考慮される要因として、①ステークホルダーズ（利害関係集団）の要請、②医療経済実態調査の結果、③政策上の判断、などがある。したがって、 \bar{p}_j は p_j を反映していない。この公定価格と実勢価格との乖離は医療機関内部の相互補助により調整されている。

5. 外保連試算について

(1) 特長

わが国における原価計算によるコスト把握の先駆的な試みは外保連試算であるが、その特徴は以下の通りである。

①合理的な公定価格の設定が目的

手術の原価把握、各手術間の整合性を確実にするため 昭和 57 に実施され報告書初版が発行される。昭和 63 年から厚生省が点数改正の資料とし、平成 6 年から外保連として点数改正要求として使用している。現在手術、処置、検査ごとにまとめられている。外保連の目的は原価計算から得られた「絶対」価格に公定価格を接近させることであるが、実際の点数改正では手術コスト間の相対的重み付けのみ反映されている。

②計算方法の試行錯誤が行われる

原価計算の方法は固定的なものではなく試行錯誤が繰り返されており、版により微妙な修正が行われている。

③技術とモノを同時に評価している

医療技術とモノのコストの両方を計算している。

④ 高い網羅性

手術や処置に関する診療報酬の対象となるほとんど全ての技術を対象としており網羅性が高い。

⑤ 技術評価については専門医による評価

技術の難易度の評価は専門医が行い、アンケート調査などは行わない。

(2) 技術料に関する基本的な計算方法

① 国家公務員医務職の年間コストを算定基礎とする

② 当該手術（処置）の技術に対する評価は、専門家が i)適切な医師の経験年数および ii) 難易度を評価、iii) 所要時間を評価する。

③モノの部分に関しても専門医が典型的な状況を想定して原価計算する。実際の事例の分析は行わない。

③ 計算式はつぎの通り

[初任医師の時間コスト] × [経験年数、難易度を考慮した指数] × [所要時間]
+ [モノのコスト] + [適正利潤]

(3) 原価計算結果と診療報酬

外保連試算によるコストは現行の公定価格を大きく上回っているものが多いが、実際の公定価格の設定においては医療技術間の相対的ウェイトとしてのみ利用されている。

6. 内保連試行調査について

内科系の診療行為間の相対ウェイトに着目して評価したものが内保連試行調査（仮称）である。

（1）特徴

①RBRVS（時間と総合負荷）を利用した「相対評価」

アメリカの RBRVS を参考に、

- 1) 総合負荷は基準となる技術（診療行為）の負荷を 1 として他の技術を評価
 - 2) 医師に対する郵送アンケート調査
 - 3) アンケートによらない専門家による評価の妥当性の検証
 - 4) 実際の点数との比較
- を行った。

②網羅性は低い

試行実験であり対象分野が限定されており、アメリカの RBRVS や外保連試算と比較して網羅性が低い。ただし、連専門家による評価の妥当性が確認されたので、専門医による評価のみで領域を拡大させることが可能（アメリカの RBRVS と同様）。

③ モノの原価計算については簡易的

調査目的は技術の相対評価であるため、モノの部分の評価は経費率（先行研究を利用）を掛けるという簡便な方法を採用した。

（2）アンケート調査の概要

① 選定条件

- 極端に経験年数の浅い医師は除外
- 極端に週間診療患者数の低い医師は除外
- 可能な限り資格を有する医師。

②対象者の選定・配布・回収方法

○勤務医は内科系学会社会保険連合（内保連）の保険委員会のメンバーを中心に調査協力依頼を行い、勤務先の医療機関に従事する各専門分野の医師に調査票の配布を行った。回収は事務局あて郵送回収とした。

○開業医は臨床内科医会に調査協力依頼を行い、全国の支部会からの推薦者に調査票の配布を行った。回収は事務局あて郵送回収とした。

② 調査票の配布と回収の結果

専門分野		配布数	回収数	回収率
勤務医	循環器	1 5 1	6 7	44.4%
	呼吸器	1 3 6	7 2	52.9%

消化器	136	59	43.4%
開業医	200	123	61.5%
合計	623	321	51.5%

③ 設問構成

専門分野と設問構成（患者像と設問の数量）

専門分野	全分野共通	勤務医共通	専門分野専用	小計
勤務医(循環器)	患者像数：4 設問数：21	患者像数：3 設問数：13	患者像数：3 設問数：24	患者像数：10 設問数：58
勤務医(呼吸器)			患者像数：4 設問数：27	患者像数：11 設問数：61
勤務医(消化器)			患者像数：3 設問数：25	患者像数：10 設問数：59
開業医		—	患者像数：6 設問数：31	患者像数：13 設問数：65

(3) 分析結果の一部

1) 「総合負荷」と「直接時間」の相関関係

回答結果の中央値ベースで「総合負荷」と「直接時間」の相関係数は以下の通りであり、1から乖離している設問もあり、「直接時間」が「総合負荷」を完全に代理しえないことが分かる。

		中央値ベース			
		循環器	呼吸器	消化器	開業医
全科共通設問	相関係数	0.817	0.889	0.851	0.635
	有意確率	0.000	0.000	0.000	0.020
勤務医共通設問	相関係数	0.482	0.603	0.633	
	有意確率	0.095	0.029	0.020	
専門分野別設問	相関係数	0.887	0.959	0.929	0.860
	有意確率	0.000	0.000	0.000	0.000

2) 技術および疾病特性と「総合的負荷」「直接時間」「点数密度」

個々の技術（診療行為）ごとの「総合負荷」「直接時間」「点数密度」を示したものが次表である。尚、負荷点数密度とは現行の報酬点数を「総合的負荷」で除した値、時間点数密度とは点数を「直接時間」で除した値である。点数密度が高い技術ほど相対的に高い経済評価が行われていることになる。

技術分類	診療行為	患者・疾病特性	総合負荷	直接時間	報酬内容	報酬評価	負荷点数密度	時間点数密度	診療科
問診・診察と診断・治療方針決定	右記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。なお来院時体温は37.2℃だった。 同日、右記患者に対して「普通感冒であるという診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	23歳男性が、鼻水、のどの痛み、咳を呈したため事前に初診来院した。特筆すべき既往歴は無い。	2.0	7.5	初診料(病院)	250	125.0	33.3	循環器
			2.0	8.0	初診料(病院)	250	125.0	31.3	呼吸器
			2.0	8.0	初診料(病院)	250	125.0	31.3	消化器
	右記患者について「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。なお来院時体温は38.0℃であった。 同日、右記患者に対して「上気道感染症であるという診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	37歳男性、気管支喘息にて通院加療中であったが、2日前から咳、痰、喘鳴が増悪したため初診来院した。なおチアノーゼは認めない。	2.5	7.0	初診料(病院)	250	100.0	35.7	循環器
			2.5	8.0	初診料(病院)	250	100.0	31.3	呼吸器
			2.8	8.0	初診料(病院)	250	90.9	31.3	消化器
	右記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。 後日、右記患者の「早期大腸癌であるという診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	61歳男性、健診で便潜血反応陽性を指摘され初診来院した。	3.0	15.0	初診料(病院)	250	83.3	16.7	消化器
	右記患者について「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。 同日、右記患者の「胆石による胆嚢炎であるという診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	51歳男性、2週間前より時々右季肋部痛が出現するようになったため初診来院した。	4.0	10.0	初診料(病院)	250	62.5	25.0	循環器
			4.0	10.0	初診料(病院)	250	62.5	25.0	呼吸器
			4.0	10.0	初診料(病院)	250	62.5	25.0	消化器
	右記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。 同日、右記患者の「上気道感染症による増悪であるという診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	40歳女性、20歳より喘息にて他院で加療中である。3日前より喘鳴、呼吸困難増悪したため初診来院した。	4.0	14.0	初診料(病院)	250	62.5	17.9	呼吸器
	右記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。 同日、右記患者の「発作性心房細動であるという診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	50歳男性、数年前から1ヶ月に数回、飲酒後のトイレに行く前後に不整脈が発生するため初診来院した。	4.0	15.0	初診料(病院)	250	62.5	16.7	循環器
	右記患者について「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。 同日、右記患者に対して「下肢慢性動脈閉塞症を伴う狭心症であるという診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	64歳男性が、階段を上ると息切れとともに前胸部および両下肢が重くなるようになり初診来院した。	4.0	13.0	初診料(病院)	250	62.5	19.2	循環器
			4.0	12.5	初診料(病院)	250	62.5	20.0	呼吸器
			4.0	10.0	初診料(病院)	250	62.5	25.0	消化器
	右記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。	61歳男性、4日前より排便なく、昨日より左下腹部痛、嘔吐が出現したため初診来院した。	4.0	12.5	初診料(病院)	250	62.5	20.0	循環器

右記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。 後日、右記患者の「早期胃癌(転移なし)」であるという診断・治療方針決定を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	64歳男性、会社健診の胃X線検査で異常を指摘され初診来院した。	4.0	15.0	初診料(病院)	250	62.5	16.7	消化器
右記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。 後日、右記患者の「胆管癌による胆管閉塞であるという診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	51歳女性、発熱、黄疸、腹痛が出現したため初診来院した。	4.5	17.0	初診料(病院)	250	55.6	14.7	消化器
右記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。 同日、右記患者の「早期肺癌である診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	54歳男性、会社健診の胸部X線写真で肺癌を疑われたため初診来院した。	5.0	17.0	初診料(病院)	250	50.0	14.7	呼吸器
右記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。 後日、右記患者の「労作性狭心症であるという診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	74歳男性、3年前より他院で狭心症にて加療中、2週間前から胸部痛が増悪したため初診来院した。	5.0	20.0	初診料(病院)	250	50.0	12.5	循環器
右記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。 同日、右記患者の「肺癌転移であるという診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	65歳男性、大腸癌の術後、突然胸痛、チアノーゼが出現したため初診来院した。	6.0	18.0	初診料(病院)	250	41.7	13.9	呼吸器
右記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。 同日、右記患者に対して「急性心筋梗塞症であるという診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	62歳男性、突然に胸痛、呼吸困難、およびチアノーゼを呈したため外来診療時間帯に初診来院した。	6.0	13.0	初診料(病院)	250	41.7	19.2	循環器
		5.3	12.0	初診料(病院)	250	47.6	20.8	呼吸器
		6.0	15.0	初診料(病院)	250	41.7	16.7	消化器
右記患者の「問診・診察」を行った(検査の実施は含まず、検査オーダーは含む)。 同日、右記患者の「心臓外科適応症例であるという診断・治療方針決定」を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	39歳男性、心室中隔欠損症と言われたことがあり放置していたが、10日前より安静時呼吸困難が出現したため初診来院した。	6.0	20.0	初診料(病院)	250	41.7	12.5	循環器

技術分類	診療行為	患者・疾病特性	総合負荷	直接時間	報酬内容	報酬評価	負荷点数密度	時間点数密度	診療科
慢性疾患管理 (再診)	6ヶ月前より結核に対し抗結核薬にて通院治療中である38歳男性の病態について「慢性疾患管理」を行った。		2.0	7.0	再診料(200床未満)	146	73.0	20.9	呼吸器
	肝硬変にて定期的に受診している54歳男性について薬物療法を中心に「慢性疾患管理」を行った。なお黄疸、腹水認めない。		2.0	7.0	再診料(200床未満)	146	73.0	20.9	消化器
	高血圧にて当外来を定期受診し、ACE阻害剤を投与している72歳女性の「慢性疾患管理」を		2.0	5.0	再診料(200床未満)	146	73.0	29.2	循環器
	心房細動にて5年前より当外来を定期受診し、ワーファリンを投与している71歳女性の「慢性疾患管理」を行った。		2.0	7.0	再診料(200床未満)	146	73.0	20.9	循環器

技術分類	診療行為	患者・疾病特性	総合負荷	直接時間	報酬内容	報酬評価	負荷点数密度	時間点数密度	診療科
生体検査実施と 生体検査判定	同日、右記患者の「腹部エコー検査」を医師自ら行った(協力スタッフへの指示を含む)。 同日、上記患者の「腹部エコー検査の判定」を行った(記録は含)	51歳男性、2週間前より時々右季肋部痛が出現するようになったため初診来院した。	5.0	19.5	超音波検査	311	62.2	15.9	循環器 *
			4.7	14.0	超音波検査	311	66.9	22.2	呼吸器 *
			3.5	13.0	超音波検査	311	88.8	23.9	消化器 *
	同日、右記患者に対して「心エコー検査」を医師自ら行った(協力スタッフへの指示を含む)。 同日、右記患者に対して「心エコー検査の判定」を行った(記録を含む)。	64歳男性が、階段を上ると息切れとともに前胸部および両下肢が重くなるようになり初診来院した。	超音波検査(UCG)	4.0	20.0	561	140.2	28.0	循環器 *
			超音波検査(UCG)	5.0	20.0	561	112.2	28.0	呼吸器 *
			超音波検査(UCG)	4.8	20.0	561	118.1	28.0	消化器 *
	同日、右記患者の「腹部エコー検査」を医師自ら行った(協力スタッフへの指示を含む)。 同日、上記患者の「腹部エコー検査の判定」を行った(記録は含)	51歳女性、発熱、黄疸、腹痛が出現したため初診来院した。	4.8	15.0	超音波検査	311	65.4	20.7	消化器 *
		同日、右記患者の「注腸造影検査」を医師自ら行った(協力スタッフへの指示を含む)。 同日、上記患者の「注腸造影検査の判定」を行った(記録を含む)	61歳男性、健診で便潜血反応陽性を指摘され初診来院した。	5.0	25.0	撮影(造影剤使用撮影)	558	42.0	8.4
	同日、連続性雑音があったため、右記患者の「心エコー検査」を医師自ら行った(協力スタッフへの指示を含む)。 同日、右記の「心エコー検査の判定」を行った(記録を含む)。	39歳男性、心室中隔欠損症と言われたことがあり放置していたが、10日前より安静時呼吸困難が出現したため初診来院した。	超音波検査(UCG)	5.0	25.0	561	112.2	22.4	循環器 *

* : 診療報酬から機器、機材コストを控除した

技術分類	診療行為	患者・疾病特性	総合負荷	直接時間	報酬内容	報酬評価	負荷点数密度	時間点数密度	診療科
読影診断	同日、右記患者に対して「胸部単純X線写真の読影診断」を行った(記録を含む)。	37歳男性、気管支喘息にて通院加療中であったが、2日前から咳、痰、喘鳴が増悪したため初診来院した。なおチアノーゼは認めない。	1.0	2.0	写真診断	85	85.0	42.5	循環器
			1.0	2.0	写真診断	85	85.0	42.5	呼吸器
			1.3	3.0	写真診断	85	68.0	28.3	消化器
	同日、右記患者の「胸部単純X線写真の読影診断」を行った(カルテ記録、指示だしを含む)。	40歳女性、20歳より喘息にて他院で加療中である。3日前より喘鳴、呼吸困難増悪したため初診来院した。	1.5	3.0	写真診断	85	56.7	28.3	呼吸器
	同日、右記患者の「胸部単純X線写真の読影診断」を行った(記録を含む)。	65歳男性、大腸癌の術後、突然胸痛、チアノーゼが出現したため初診来院した。	2.0	3.0	写真診断	85	42.5	28.3	呼吸器
	同日、右記患者の「注腸造影検査」を医師自を行った(協力スタッフへの指示を含む)。	61歳男性、健診で便潜血反応陽性を指摘され初診来院した。	2.0	5.0	生体検査(読影診断)	110	55.0	22.0	消化器(生体検査)
	同日、右記患者に対して「胸部単純X線写真の読影診断」を行った(記録を含む)。	61歳男性、4日前より排便なく、昨日より左下腹部痛、嘔吐が出現したため初診来院した。	2.0	3.0	写真診断	85	42.5	28.3	循環器
			2.0	3.0	写真診断	85	42.5	28.3	呼吸器
			1.5	3.0	写真診断	85	56.7	28.3	消化器
	同日、右記患者に対して「腹部単純X線写真の読影診断」を行った(記録を含む)。	61歳男性、4日前より排便なく、昨日より左下腹部痛、嘔吐が出現したため初診来院した。	2.0	3.0	写真診断	85	42.5	28.3	循環器
			2.0	3.0	写真診断	85	42.5	28.3	呼吸器
			1.5	3.0	写真診断	85	56.7	28.3	消化器
	同日、右記患者の「胃X線写真の読影診断」を行った(記録を含む)。	64歳男性、会社健診の胃X線検査で異常を指摘され初診来院した。	2.0	5.0	写真診断	85	42.5	17.0	消化器