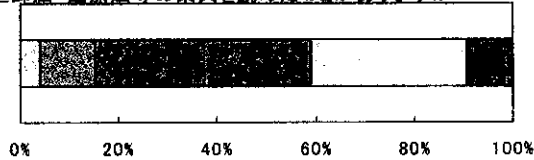


## 図7 法律と判例

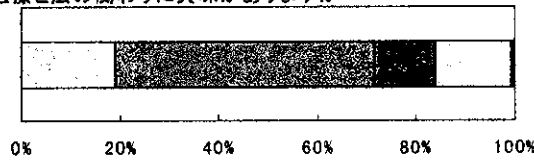
(医療における法律と判例の意識)

医師法・医療法等の条文を読んだことがありますか



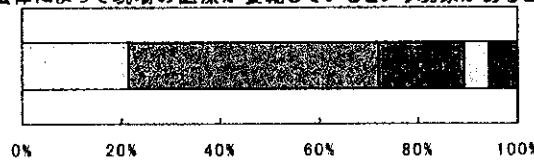
- 最後まで読んだことがある
- 読んだことがある
- ところどころ読んだことがある
- あまり読んだことがない
- まったく読んだことがない

医療と法の関わりに興味がありますか



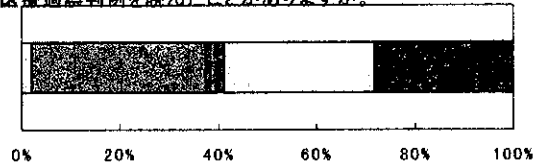
- 大変興味がある
- まあ興味がある
- どちらともいえない
- あまり興味がない
- 興味がない

法律によって現場の医療が萎縮しているという現象があると思いますか



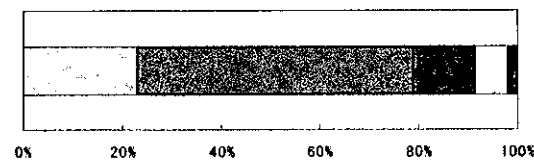
- あると思う
- 多少あるとおもう
- ケースバイケースだと思う
- わからない
- ないと思う

医療過誤判例を読んだことがありますか



- よく読む
- 読んだことがある
- 読んだがよくわからなかった
- あまり読まない
- まったく読まない

医療過誤判例に興味はありますか



- 大変興味がある
- まあ興味がある
- どちらともいえない
- あまり興味がない
- 興味がない

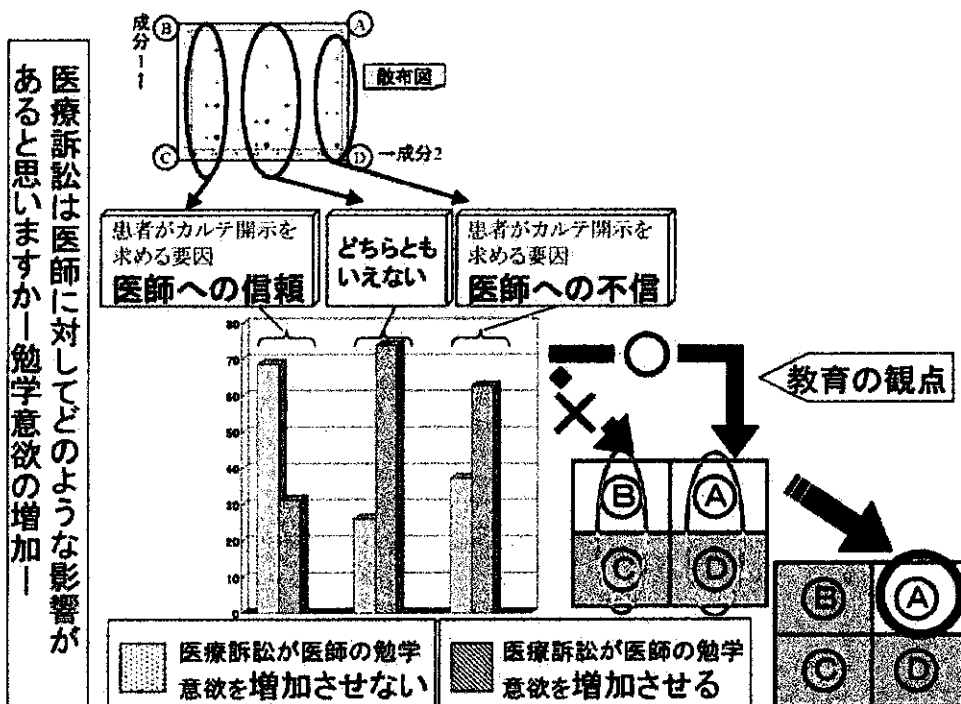
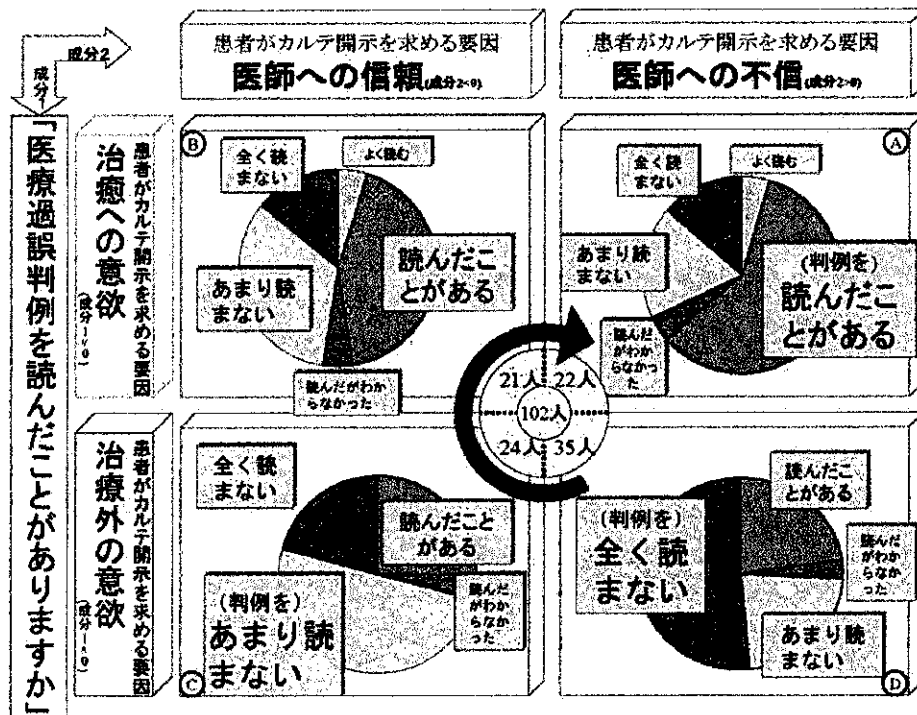


表1 質問内容

---

A 患者との関係	1)信頼関係 2)カルテ開示 3)知識 4)緩和ケア 5)安楽死・尊厳死 6)セカンド・オピニオン
B 薬について	1)依存性 2)精神面 3)治験
C 法・倫理	1)医療と法の関係 2)医療訴訟 3)医療判例 4)倫理の理解度

---

表2 患者が情報を得ることに対する意見  
(記述例)

- 
- ・ インフォームド・コンセントが円滑に進む
  - ・ 医師と患者の間で情報・知識の格差が縮む
  - ・ 患者の自助努力のため、知りたいのは当然
  - ・ 医師に聞きたい情報が聞けないので
  - ・ 自分に都合の良い解釈をする危険性がある
  - ・ 誤った情報を得たり過剰信頼は診療の弊害
  - ・ 民間療法に惑わされる危険性がある
  - ・ 不要な来院が減る
  - ・ 信頼関係が築け治療に協力・効果が上がる
-

### 表3 臨床倫理の概念

(記述例)

- 
- 医師に絶対必要なもの
  - 行動規範、良心、道徳、自我の抑制である
  - 他者を侵害しないためのルール
  - 人間の理性と教育で生まれ保たれるもの
  - 人により捉え方が異なるもの
  - 漠然として難しいもの
  - 親子関係のこと
  - 個人を尊重するもの
  - 社会的共通の基本的考え
-

## 資料 5

高度専門医療と地域医療



## 高度専門医療と地域医療

東京医科歯科大学 医療政策学講座医療情報・システム学 伏見清秀

平成15年4月から全国82の特定機能病院、大学病院に診断群分類に基づく入院医療費の包括評価が導入された。この新制度の特徴は、日本で独自に開発された2552分類からなる診断群分類(diagnosis procedure combination, 以下DPC)が用いられることと、本邦における急性期高度専門医療を主に担っている特定機能病院等にはじめて本制度が導入されたことにある。本稿では、地域医療の観点から、急性期専門医療の医療機関連携とDPCの関係、DPCを活用した地域医療評価のあり方、特定機能病院等への包括評価導入が地域医療へもたらす影響等を詳述する。

### 1. 地域医療における医療機関の機能分担と連携

地域における医療提供体制を検討する上で、各医療機関に求められる医療機能を、急性期、亜急性期、慢性期等の時間的視点および、専門的医療と一般的医療等の医療内容の視点から捉えることが一般的である。これらの視点の分析で、本邦の医療機関、特に病院は、機能が未分化であり医療設備と医療人員の配置と活用が非効率であるとされている。ひとつの病院が急性期から慢性期まで、あるいは専門的技術を要する疾患から一般的疾患までを広く取り扱っているために、提供される医療の合理化が進まず、結果として、在院日数が諸外国に比較して非常に長くなっていると考えられている。また、大病院の外来に軽微な症状の患者が集中して病院本来の機能が十分に活用されていないことや、中小医療機関が過大な医療設備投資をしている実態などが示されている。

これに対して、特に急性期の専門医療では、特定機能病院と地域医療支援病院の役割を明確にして、医療連携体制の整備を進め、合理化を図っていくことが行政的課題となっている。特に、今回の新制度の対象となっている特定機能病院は地域の急性期基幹病院としての期待が大きい。この特定機能病院の医療統計データの分析から、基幹病院のあるべき姿が見えてくる。まず、在院日数の分析では、安易に平均在院日数のみを指標としてしまうことを避け、在院日数別に全入院患者に対する特定機能病院への入院割合を見ると、在院日数15日から40日前後の中間的在院日数の患者の受け入れ割合が高いことが分かる(図1)。一方、病床数100以下の小規模病院では在院日数10日以下の短期入院と60日以上長期入院が多い。超短期の軽症患者と慢性期患者は一般病院が受け入れているのに対して、特定機能病院は短期から中期の入院を要する比較的重症の患者を受け入れていることが推察される。DPCを用いた地域医療の検討では、単に平均在院日数のみを指標とする医療機関の評価では問題があることに注意を払わなくてはならない。

次いで、専門的医療の指標として手術、設備、医療機器等の利用状況を全体数に占める特定機能病院での実施数の割合で見ると、高度な技術を要する手術、検査等を担う割合が12%~22%と高

く、人工心肺手術灯高い専門技術を要する手技ほど特定機能病院での実施割合が高くなっている(表1)。また、集中治療室等の患者数の割合は、12%~47%と非常に高く、これも高度な技術を要するものほど特定機能病院の占める割合が高くなっている。専門的な手術、検査、治療において特定機能病院が重要な役割を果たしていることが認められる。

## 2. 地域医療における診断群分類の活用

従来は医療の専門性の視点を含めて医療連携の状況を評価する適切な方法があまり無かったが、診断群分類を活用することにより、地域単位で患者像を含めて医療機関の機能分担等を分析することが可能になる。診断群分類は、様々な目的の医療の比較、評価のために、多種多様な患者と診療の実態を、取り扱いやすい妥当な数にグループ化することがその本質である。従って、診断群分類を用いることにより、医療機関間の比較評価のみならず、地域間、保険者間等様々な集団の比較評価に利用できる。平成15年より特定機能病院の包括評価に利用されているDPC分類も、これらの目的に添うように設計されていると考えられる。例えば、地域医療保険におけるケースミックス(患者像)調整、すなわち、医療の必要度に応じて地域間の保険財源の調整や、地域への医療財政資源の割当にケースミックス調整を利用することなども可能である。

本邦ではDPCの導入が特定機能病院に限定されているため、一般病院を含めた分析は困難であるが、患者調査等のICD10コードによる病名情報、手術情報を用いることにより、疾患情報に基づくDPC上位6桁の分類と手術の有無を組み合わせた分類は可能である。ここでは、DPC分類を上位のMDC単位での分類に集計した分析の一例を示す。表2は各々の都道府県内の入院患者のうちどれだけの割合の患者が特定機能病院に入院しているかをMDC分類毎に集計したものである。手術のない患者では眼科領域(MDC2)で特定機能病院の役割が大きいことが分かる。一方、手術のある患者では全領域で特定機能病院への入院割合が高くなっており、特に耳鼻科、皮膚科、血液科、小児科領域で10%以上と大きくなっている。他の領域でも特定機能病院の全病床数に占める割合の5.5%に比べるとかなり大きくなっていることが読みとれる。特に、一部の県では領域によっては大部分の患者が特定機能病院に入院している実態が示され、高度な技術を要する診断群の患者の特定機能病院への集中が認められる。

このように、診断群分類という共通のスケールを用いることにより、多種多様な医療機関間の比較評価が可能となり、地域における各々の医療機関の特性などを明確にすることが可能となる。今後、多くの医療機関がDPC分類による診療情報を蓄積していくことにより、特定機能病院を含めた他の多くの医療機関との比較やベンチマークが可能となり、自医療機関の特性、得意分野、非特異分野等を明確にすることで、提供する医療の質の向上と経営改善を図ることができる。

## 3. 地域医療と包括評価

### (1) 包括評価制度の概要



DPC 分類が様々な医療評価のスケールとして有用であることを述べたが、DPC を用いた包括評価が地域医療にどのような影響を与えるかは未知である。特に、今回の包括評価が特定機能病院に限って導入されていることで、医療システム全般から見ると非対称的な歪んだ影響を及ぼす可能性もあり、今後も注意する必要があると考えられる。当然のことながら、平成 15 年度からの包括評価の導入が今後予想される本邦の医療制度改革の流れの一環であると捉えると、包括評価の考え方は将来の医療制度のあり方を展望する上で、重要な基礎となることは否めない。特定機能病院以外の一般医療機関でも包括評価を対岸の火事と見るのではなく他山の石としてその本質を良く理解しておく必要がある。

包括評価制度のキーポイントは、医療費の約 3 分の 2 が DPC に基づく包括医療費になることと、DPC 毎に標準的在院日数が定められることの 2 点である。包括点数の設定は従来からの医療制度改革の流れを汲むものであるが、疾患分類を利用する点は全く新しい。慢性期医療の包括はかなり進んでいるが、今後急性期医療の包括評価を進めていく基礎を築いたといえる。現状では、手術手技料等出来高評価がかなり残されているため、診断群分類間の点数の差はあまり大きくないが、将来的に疾患分類の考え方が定着し、かつ医療の標準化が進めば、包括範囲が拡大されていくと予想される。

一方、在院日数に基づく評価も従来の医療制度の変化の流れを汲むものであるが、DPC 毎に標準的在院日数を定めたことと、在院日数に応じて初期加算と逓減を定めた 2 点が新しい点である。特に、前者の DPC 毎の標準的在院日数の考え方は、一般病院の今後の診療にも大きな影響を与えることが考えられる。疾患毎の在院日数をコントロールする際の全国共通の一つの指標となる。

DPC 毎の標準在院日数に応じた加算と逓減は、現在はまだわずかな率に過ぎないが今後傾斜が急になっていく可能性は大きい。現在の加算逓減法は 1 日あたり包括評価に部分的に 1 入院あたり包括評価を加えたものともとれることから、1 日あたり評価と 1 入院あたり評価の比率を徐々に下げていくことで、1 入院あたり包括評価への道筋が付いているとも見ることができる。しかし、このような将来の予想は、在院日数のばらつきの是正や医療の標準化が進むことが前提となっている。

## (2) 包括評価制度導入の影響

国公立大学の独立行政法人化と少子化による私大の経営状態悪化等の社会的背景から、大学病院の経済状態への関心が高まっている時期の包括評価導入であるため、その医療経営的側面は無視することができない。特に、DPC 毎に在院日数に応じた入院医療費の逓減が設定されているため、各医療機関は今後さらに診療の効率化を進め、在院期間の短縮を目指す必要がある。また、各医療機関の DPC 毎の平均在院日数等のデータが公開されるため、在院日数の状況が医療機関の評価に直結することも在院日数短縮を押し進める効果を持つと考えられる。

このような状況下での包括評価導入は、特定機能病院と地域医療機関の関係に大きな影響をもたらす可能性がある(表3)。特定機能病院の在院日数短縮のための早期退院により、転院先の確

保と退院後外来診療の重要性が増す。地域医療機関間の緊密な連携が必要であると共に、地域一般医療機関側も慢性期患者のみならず、ほぼ診断・治療の終了した急性期から亜急性期の患者の受け入れも必要とされるようになる可能性がある。また、特定機能病院、一般病院共に早期退院による外来診療の重要性が増大する可能性がある。望ましくないことであるが、場合によっては包括評価では十分に医療収入を確保できない一部の重症症例では、一般病院への転院が奨励される可能性もある。

一方、病床利用率の確保のためには、特定機能病院は入院業務の効率化と病床管理の合理化により適時迅速な入院患者の受け入れ体制を確立する必要がある。また、入院前外来診療との連携により必要な術前検査等を入院前に可能な限り完了させておくことが望ましくなる。これは、在院日数の短縮と共に包括医療費部分の経費を削減させる効果を持つ。医療の入院から外来へのシフトがある程度起こることは止むを得ないことと考えられる。さらに、大学病院によっては入院患者の確保に注意を払わなくてはならなくなる可能性もある、そのような場合は地域一般病院との確執をさけるため何らかの棲み分け策も検討される必要があるだろう。あつてはならないことであるが、コストの視点から、包括点数に比して軽症の患者を優先して入院させたり、重症患者の受け入れに消極的になる可能性も排除できない。地域一般病院にとって重症患者の転院障害等が生じないよう注意が払われる必要がある。

#### まとめ

特定機能病院への新たな制度の導入は、包括評価の側面にのみ注目されがちであるが、DPC 診断群分類を活用した医療機関の評価の始めであるという視点を忘れてはならない。また、特定機能病院のみに導入された制度であるが、DPC に基づく評価は急性期医療を担う地域基幹医療機関の全てに共通するものと考えられる。DPC という共通のスケールにより地域医療機関が適切に評価され、効率的な医療連携体制に結びついていくことが期待される。

DPC に基づく医療機関評価と包括支払いの影響は、急性期医療機関の在院日数短縮の動きを加速することは疑いなく、ますます地域の基幹となる医療機関と診療所を含む一般医療機関との緻密な連携が必要となってくると考えられる。その際は、医療機関の情報開示と相互評価が大きな意味を持ち、ここにさらに DPC が活用されるようになることが望ましい。

表1. 特定機能病院での専門治療の実施率

手術設備等	相対頻度
全身麻酔手術	12.6%
開頭手術	12.2%
人工心肺手術	22.5%
大動脈バルーンパンピング	12.6%
悪性腫瘍手術	14.4%
肺癌手術	18.9%
気管支鏡検査	14.6%
血管造影	15.2%
ラジオアイソトープ診断	18.7%
シングルフォトンエミッションCT	22.4%
マイクロサージェリー	18.3%
ICU患者延数	12.3%
CCU患者延数	12.6%
NICU患者延数	21.4%
周産期ICU患者延数	31.6%
熱傷ICU患者延数	19.4%
無菌室患者延数	33.6%
放射線治療室患者延数	46.5%

表2. 診断群分類と手術別の  
特定機能病院入院患者の地域入院患者にしめる割合

		Mean ± SD			Max
手術なし	MDC01	2.4%	±	1.6%	7.0%
	MDC02	13.3%	±	13.0%	63.3%
	MDC03	4.8%	±	3.9%	18.1%
	MDC04	2.0%	±	1.5%	8.5%
	MDC05	3.3%	±	2.4%	12.9%
	MDC06	2.9%	±	1.8%	7.3%
	MDC07	3.6%	±	2.7%	15.3%
	MDC08	5.0%	±	4.1%	18.0%
	MDC09	5.9%	±	6.7%	37.5%
	MDC10	3.9%	±	2.7%	13.0%
	MDC11	3.6%	±	2.6%	11.2%
	MDC12	6.1%	±	5.0%	24.8%
	MDC13	8.0%	±	6.2%	29.5%
	MDC14	6.9%	±	5.8%	22.4%
	MDC15	1.4%	±	1.4%	6.3%
	MDC16	2.5%	±	1.7%	7.5%
手術あり	MDC01	8.5%	±	7.0%	32.3%
	MDC02	9.4%	±	8.9%	43.9%
	MDC03	11.2%	±	9.2%	38.7%
	MDC04	8.3%	±	6.9%	30.0%
	MDC05	7.6%	±	6.5%	31.0%
	MDC06	4.0%	±	2.6%	11.0%
	MDC07	7.9%	±	5.5%	28.1%
	MDC08	8.2%	±	11.0%	76.0%
	MDC09	7.0%	±	5.6%	25.0%
	MDC10	13.0%	±	10.4%	45.5%
	MDC11	6.0%	±	4.6%	21.1%
	MDC12	5.9%	±	5.0%	26.3%
	MDC13	11.8%	±	19.5%	100.0%
	MDC14	17.7%	±	15.3%	64.5%
	MDC15	5.4%	±	15.0%	100.0%
	MDC16	3.8%	±	3.0%	15.3%

MDC01:神経系、MDC02:眼、MDC03:耳鼻咽喉系、MDC04:呼吸器系、  
MDC05:循環器系、MDC06:消化器系、MDC07:筋骨格系、MDC08:皮膚系  
MDC09:乳腺系、MDC10:内分泌代謝系、MDC11:腎泌尿器系、MDC12:産  
婦人科系、MDC13:造血器系、MDC14:小児 MDC15:先天疾患系、MDC16:  
その他

表3. 地域医療への包括評価の影響の可能性

入退院	特定機能病院	地域一般病院
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・早期退院奨励</li> <li>  －転院先の確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転院患者の受け入れ↑</li> <li>  －急性期患者の受け入れ↑</li> </ul>
特定機能 病院退院	<ul style="list-style-type: none"> <li>－退院後外来診療の重要性↑</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>－慢性期患者の受け入れ↑</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重症患者転院</li> <li>  －コスト症例への対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院患者の外来受診↑</li> <li>・重症患者受け入れ↑</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院効率↑</li> <li>  －病床管理の合理化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者紹介システムの確立</li> </ul>
特定機能 病院入院	<ul style="list-style-type: none"> <li>－入院前外来診療の重要性↑</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者確保</li> <li>・チェリーピッキング</li> <li>  －入院患者選別</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者争奪</li> <li>・重症患者転院の障害</li> </ul>

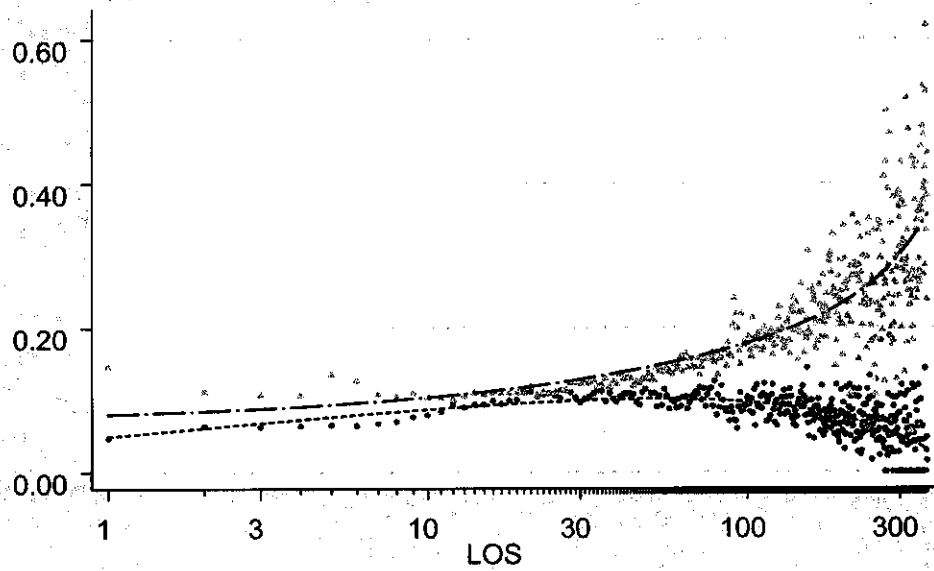


図1. 在院日数別の入院患者にしめる特定機能病院と一般病床 100 床以下の病院の割合.  
 在院日数(LOS)毎の一般病床への入院患者のうち特定機能病院(●)と一般病床 100 床以下の病  
 院(▲)への入院割合を示す。

## 資料 6

参考文献一覧





## 参考文献一覧

1. 長谷川 敏彦 他、病院 1997 56:1058-1062
2. 福島 敦 他、病院管理学会雑誌 1998 35:7-16
3. 長谷川 敏彦、平成 10 年度厚生省統計情報高度利用総合研究事業
4. 徳田 禎久、病院 1999 58:402-407
5. 伏見 清秀 他、病院管理学会雑誌 2000 37:225-232
6. 全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書」 2000
7. 厚生問題研究会、全国病院名鑑 2002
8. 大竹美喜編、医療ビックバンのすすめ、日本放送出版協会
9. 西村周三監修、医療ビックバン、日本医療企画社
10. 滝上 宗次郎 著、医療・福祉シリーズ 52 厚生行政の経済学、勁草書房
11. 広井良典著、アメリカの医療政策と日本、劉草書房社
12. 川渕孝一著、DRG/PPS の全貌と問題点、薬業時報社
13. 川渕孝一著、DRG/PPS 導入の条件と環境－日本版診断群別包括支払方式のインフラ整備、薬業時報社
14. 久繁 哲徳 著、最新・医療経済学入門、医学通信社
15. 川渕孝一著、医療保険改革と日本の選択 ヘルスケア・リフォームの処方せん、薬事日報社
16. 武田隆久監修、医療サービスにおける品質保証と標準化、メジカルフレンド社
17. 川渕孝一、これからの病院マネジメント、医学書院
18. 山岡和枝 著、医療と社会の計量学、朝倉書店
19. 二木 立 著、保健・医療・福祉複合体、医学書院
20. 鴫田忠彦、日本の医療経済、東洋経済
21. 池上直己著、医療の政策選択、劉草書房社
22. 西村周三訳、臨床経済学、篠原出版
23. 郡司篤晃、医療システム研究ノート、丸善
24. 社会保障研究所 編、医療保障と医療費、東京大学出版会
25. 三木 毅、医療経済学、金原出版
26. 二木 立 著、日本の医療費 国際比較の視角から、医学書院
27. 長谷川敏彦 監修、クリティカル・パスと病院マネジメント-その理論と実際、薬業時報社
28. 漆 博雄、医療経済学、東大出版界
29. 山本 研二郎 監、透析療法の医療経済、日本メディカルセンター
30. 中野 進 著、新・医師の世界、勁草書房
31. "佐藤祐子 訳、Mattison、R 著"、データマイニング・戦略と活用、富士通ブッ

クス

- 3 2. 平尾隆行著、標準データベーススペシャリスト教科書、オーム社
- 3 3. 藤本康秀訳、データウェアハウス「構築編」、オーム社
- 3 4. 藤本康秀訳、データウェアハウス「運用編」、オーム社
- 3 5. 藤本康秀訳、データウェアハウス「活用編」、オーム社
- 3 6. 佐藤祐子訳、データウェアハウス・戦略と現状、富士通ブックス
- 3 7. 藤本康秀訳、データウェアハウスツールキット、日経 BP 社
- 3 8. 富士通 SSL 訳、データウェアハウス・構築と活用、富士通ブックス
- 3 9. 縣 俊彦 著、基本医学統計学 その医学研究への応用、中外医学社
- 4 0. 丹後俊郎 著、ロジスティック回帰分析、朝倉書店
- 4 1. 丹後俊郎 著、統計学のセンス、朝倉書店
- 4 2. 宮原英夫 著、医学統計学ハンドブック、朝倉書店
- 4 3. ヴィッカーリー、B. /ヴィッカーリー、A.著/津田 良成 監訳、情報学の理論と実際、  
勁草書房
- 4 4. 医療経済研究機構、アメリカ医療関連データ集 2000
- 4 5. 医療経済研究機構、フランス医療関連データ集 2000
- 4 6. 医療経済研究機構、イギリス医療関連データ集 2000
- 4 7. 医療経済研究機構、ドイツ医療関連データ集 2000
- 4 8. 医療経済研究機構、スウェーデン医療関連データ集 2000
- 4 9. 米国のヘルスケアビジネス
- 5 0. 厚生省、欧米諸国の医療保障
- 5 1. 経済産業省、医療問題研究会報告書
- 5 2. アメリカ医療の夢と現実
- 5 3. Herzlinger RE., The managerial revolution in the U.S. health care sector:  
lessons from the U.S. economy.
- 5 4. Boydell L., European prototype for integrated care.
- 5 5. Hunter DJ. Managing alliances for health.
- 5 6. Klazinga N., Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for  
external quality assurance of health care services in western European health  
care systems.
- 5 7. Kroneman MW., Health policy as a fuzzy concept: methodological problems  
encountered when evaluating health policy reforms in an international  
perspective.
- 5 8. Kilpatrick AO. Beasley LW., Urban public hospitals: evolution, challenges, and  
opportunities in an era of health reform.
- 5 9. Hillman K., The changing role of acute-care hospitals.