

表6 技術度別協力医師数の人件費

0.5/年ずつ上昇（研修医を含む）

執刀医・ 施行医技術度区分	協力者卒後 年数									協力医師数合計人件費/時							
	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2 (研修医)	1	6名	5名	4名	3名	2名	1名
	E-2 (13年以上)	45,340		34,480		24,960		17,530		10,400		1,660	134,370	132,710	122,310	104,780	79,820
E-1 (12年)		39,730		29,560		21,530		13,820		2,600			107,240	104,640	90,820	69,290	39,730
D-3 (11年)			34,480		24,960		17,530		10,400		1,660		89,030	87,370	76,970	59,440	34,480
D-2 (10年)				29,560		21,530		13,820		2,600			67,510	64,910	51,090	29,560	
D-1 (9年)					24,960		17,530		10,400		1,660		54,550	52,890	42,490	24,960	
C-3 (8年)						21,530		13,820		2,600					37,950	35,350	21,530
C-2 (7年)							17,530		10,400		1,660				29,590	27,930	17,530
C-1 (6年)								13,820		2,600						16,420	13,820
B-3 (5年)									10,400		1,660					12,060	10,400
B-2 (4年)										2,600							2,600
B-1 (3年)											1,660						1,660

表7 技術度別協力医師数の人件費

技術度指数なし

執刀医・ 施行医技術度区分	協力者卒後 年数									協力医師数合計人件費/時							
	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2 (研修医)	1	6名	5名	4名	3名	2名	1名
	E-2 (13年以上)	7,560		6,900		6,240		5,850		5,200		1,660	33,410	31,750	26,550	20,700	14,460
E-1 (12年)		7,220		6,570		6,150		5,530		1,730			27,200	25,470	19,940	13,790	7,220
D-3 (11年)			6,900		6,240		5,850		5,200		1,660		25,850	24,190	18,990	13,140	6,900
D-2 (10年)				6,570		6,150		5,530		1,730			19,980	18,250	12,720	6,570	
D-1 (9年)					6,240		5,850		5,200		1,660		18,950	17,290	12,090	6,240	
C-3 (8年)						6,150		5,530		1,730					13,410	11,680	6,150
C-2 (7年)							5,850		5,200		1,660				12,710	11,050	5,850
C-1 (6年)								5,530		1,730						7,260	5,530
B-3 (5年)									5,200		1,660					6,860	5,200
B-2 (4年)										1,730							1,730
B-1 (3年)											1,660						1,660

9) 技師（士）、看護師等の人件費

技師(士)、看護師等の人件費は卒後5年目で算出した（詳しくは外保連試算参照）。

10) 手術料の算出法

以上の人件費算出方法に基いて別記の術式の手術料を算出すると（表8）の如くなる。

表8 手術料の算定法

術式名	技術度	人件費/時間(円)				時間	手術料(円)
		執刀医	協力医師	協力看護師	合計		
食道悪性腫瘍手術	E-2	57,400	3名 104,780	2名 5,900	168,080	8	1,344,640
胃全摘術	E-1	51,650	3名 90,820	2名 5,900	148,370	4	593,480
胆のう摘除術 (開腹によるもの)	D-2	39,730	2名 51,090	2名 5,900	96,720	3	290,160
虫垂切除術 (開腹によるもの)	C-2	24,960	17,530	5,900	48,390	1	48,390

11) おわりに

今回の人件費算出法は3試案共通の人件費として採用され、全ての項目の料金設定に大きな役割をはたす重要な要素となった。これ迄も先輩の先生方が苦勞され、その時々に応じ、現実的かつ理想的な算出方法を考案されてきたと思う。今回、第5版の人件費算定法の改訂にあたり心がけたことは外保連加盟学会も多くなり、試案へ関心を持つ医師も増加しているので、出来る限り理解しやすく、簡略化し、配慮しなければならない部分は

木目細かく追加したつもりである。今回紙面の制約もあり詳しく述べられなかったが、詳細については外保連手術または生体検査試案を参照されたい。

厚労省は改定の都度試案を参考にしてきた。また今後ドクターフィーとホスピタルフィーを分けて算出したいと云っており、外保連における人件費の算出法は益々重要性を帯びて来るものと思う。叡智を集めてより良き算出法の作成に努力をしたいと思う。今後ともご協力をお願い致します。

6. 診断群分類と外科診療

産業医科大学公衆衛生学

松田 晋哉

1) はじめに

平成15年4月より全国の特設機能病院等82施設で、急性期入院医療を対象に診断群分類DPC (Diagnosis Procedure Combination) を用いた包括評価による支払いが導入されている。DPCは傷病名を処置等との組み合わせによって分類するシステムであり、その目的は医療情報の標準化と透明化である。現在は支払い方法としての妥当性に関心が集まっているが、本来は国民の要求に応えうる医療の合理性を説明するツールとして、医療システムの中で活用されるべきものである。本論文では、このDPCの本来の目的から考えた

き、その導入が外科診療にどのような影響をもたらしているのかについて私見を述べてみたい。

2) わが国の診断群分類DPCの概要¹⁾

図12はDPCの構造を示したものである。分類は14桁の数値から構成されている。最初の2桁は主要診断群、次の4桁は傷病名で、ICD10に基づく「分類コード」に対応している。以下、検査入院と一般の入院では手間のかかり方が違うため「入院種別」を、同じ病名であっても小児と成人とでは手間のかかり方が大きく異なる場合には「年齢・体重・JCS条件」を、そして病態が異なれば手術術式も異なるために「手術等サブ分類」を分類

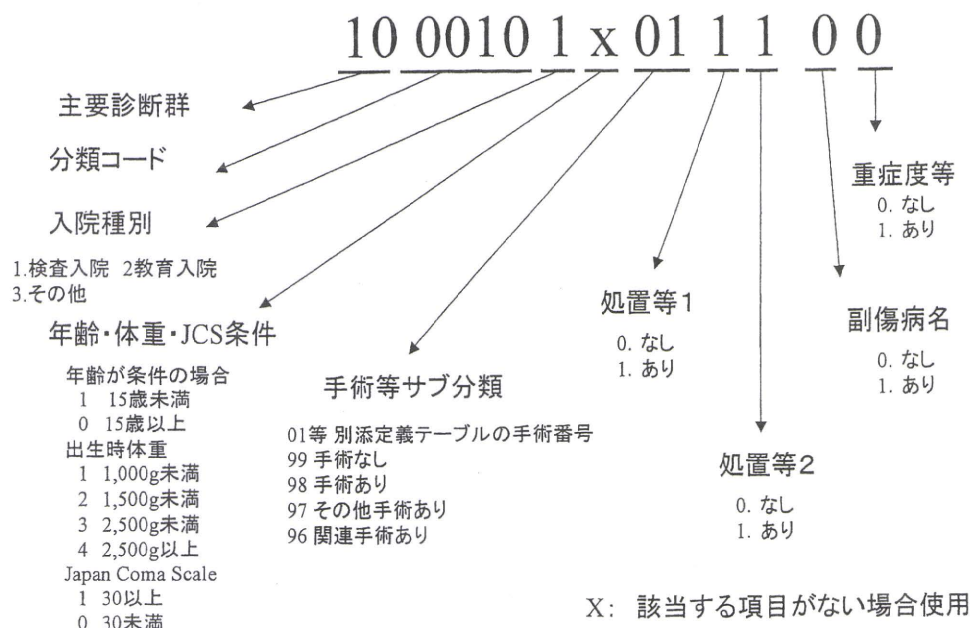


図12 診断群分類コードの構成

の変数として採用している。また、処置についても「処置1」と「処置2」を設定し、化学療法、人工呼吸、再建術などの有無でさらに分類を行う形式となっている。さらに、合併症・併存症の有無で医療資源の消費量が異なるために「副傷病名」のコードを加え、最後に上記項目でも吸収しきれない要素を反映する「重症度等」のコードが設定されている。

このようにして作成した分類に、平成14年7月から10月の間に82の特定機能病院から収集した26.7万件のデータをあてはめて分析した結果、575傷病（図12のコード上6桁に相当）、2,552分類からなるDPC Version3が完成した。ただし、実際の包括評価に利用されるものは、最終的に全国で20症例存在し、かつ変動係数（標準偏差を平均で除した係数）が1未満という基準を満たした1,860分類となっている。

平成15年4月から導入された新しい制度では、DPCに基づく包括評価をベースとした1日あたり定額支払い方式が採用されている。この支払方法では、診療報酬の額は包括評価部分と出来高部分とを合算したものとなる。包括評価の範囲は、いわゆるホスピタルフィー的な部分で、入院基本料、検査（内視鏡や心臓カテーテル検査、検体採取・診断穿刺を除く）、画像診断、投薬、注射、診

療報酬上で1,000点未満の処置等である。出来高算定となる範囲はいわゆるドクターフィー的要素である、手術料、麻酔科、診療報酬上で1000点以上の処置、内視鏡や心臓カテーテル検査、検体採取・診断穿刺、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。1日当たり包括評価部分の計算式は以下のようにになっている。

$$\text{包括範囲点数} = \text{診断群分類毎の1日当たり点数} \times \text{医療機関別係数} \times \text{在院日数}$$

ここで、

- (1) 1日あたり点数：診断群分類ごとに設定されている。また、在院日数の適正化を図るため通減制が採用されている。具体的には当該DPCにおける在院日数分布の25パーセントタイル値未満の場合（入院期間I）、25パーセントタイル値以上で平均在院日数未満（入院期間II）、平均在院日数以上で平均在院日数+2×標準偏差値以下の3段階で1日あたり点数が設定されている。なお、入院から平均在院日数+2×標準偏差値までの期間が包括評価による支払い期間（これを特定入院期間という）であり、それを超過すると出来高算定になる。図13は以上説明した内容を示したものである。
- (2) 医療機関別係数：前年度の医療費の実績及

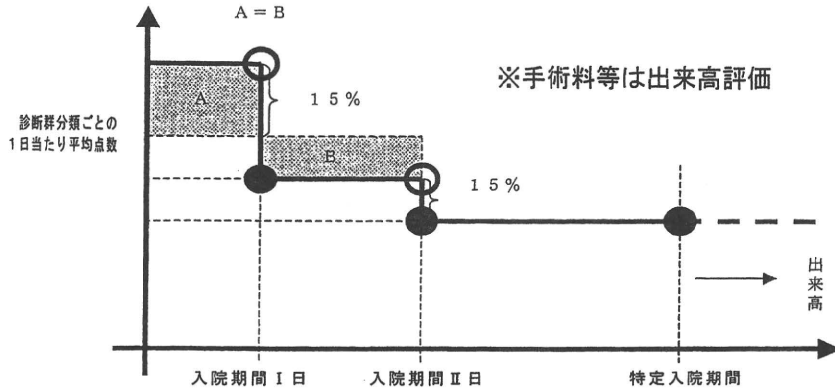


図13 在院日数に応じた通減制

胃がんの場合 (30日間入院) 155,230点

◇ 診断群分類：胃の悪性腫瘍、開腹胃全摘術（処置等、副傷病なし）

* 1日当たり点数	14日まで	2,939点
	15日～28日	2,172点
	29日以上	1,846点

◇入院医療機関：A大学附属病院

* 医療機関別係数：1.0507	調整係数：1.0245
	紹介外来加算：0.0257
	診療録管理体制加算：0.0005

(算定内訳)

○包括評価	= 2939点 × 1.0507 × 14日 + 2172点 × 1.0507 × 14日
	+ 1846点 × 1.0507 × 2日 = 79,061点
○出来高評価	= 76,169点 (胃全摘術等)

図14 包括評価の算定例

び医療機関別の評価に基づき設定する医療機関ごとの係数

これはある意味で現行の入院基本料を、各施設の特性を考慮した上で診断群別に設定しようというものであり、アメリカのような1入院を対象とした1件あたり包括払いとしてのDRG/PPSとは異なるものである。

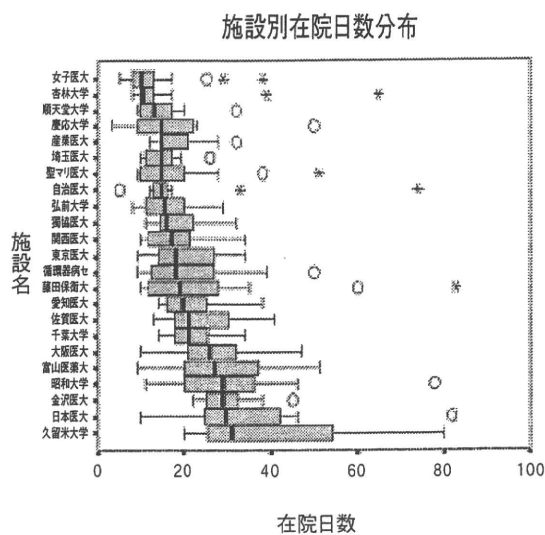
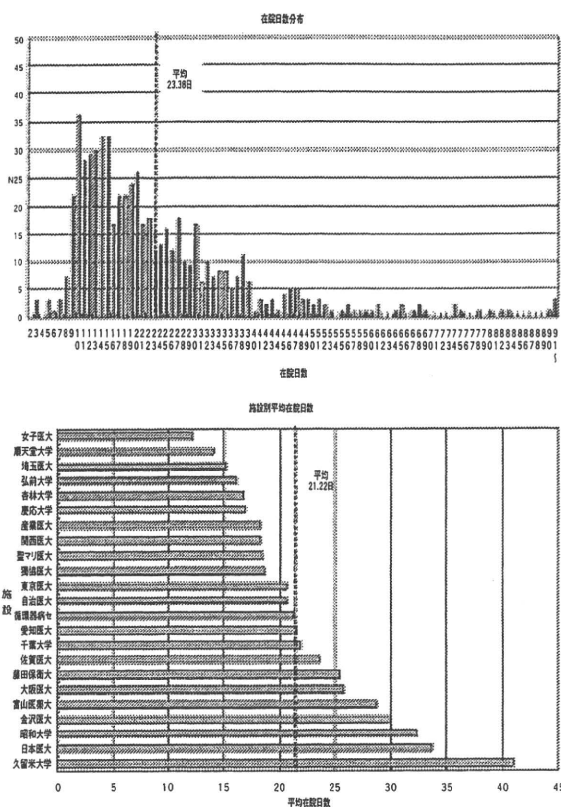
3) DPCにおける外科領域の評価

図14は胃の悪性腫瘍で手術を受け30日間入院した例について診療報酬の支払い方式を具体的に示したものである。診断群分類は「胃の悪性腫瘍、開腹胃全摘術（処置等、副傷病なし）0600203 x01000x」である。このDPCの入院期間 I と対応する1日当たり点数は15日・2,939点、入院期間 II と対応する点数は29日・2,172点、特定入院期間の上限は45日、入院期間 II 以上の1日当たり点数は

1,846点である。仮にこの病院の医療機関別係数が1.0507であったとすると、包括評価部分の点数は以下ようになる。

$$\begin{aligned} \text{包括評価部分} &= 2,939点 \times 1.0507 \times 14日 + \\ & 2,172点 \times 1.0507 \times 14日 + \\ & 1,846点 \times 1.0507 \times 2日 \\ & = 79,061点 \end{aligned}$$

そして、仮にこの症例における手術等の出来高評価部分が76,169点であったとすると診療報酬額は79,061点+76,169点=155,230点となる。従って、この例では報酬総額に占める割合は約50%となる。包括部分が全支払額に占める割合はDPCによって異なっており、心臓外科領域のように20%程度にしかならないものも存在している。すなわち、わが国のDPCに基づく包括評価では手術・麻酔及びそれに関連した医薬品及び特定医療材料は出来高支払いとなるために、診療報酬上の変化は



注:平成14年12月末時点で厚生労働省が受領した症例データにより作成したデータベースに基づいて分析した結果です。

(出典: 松田・他, 2003)

図15 DPCに基づく分析の例

全包括に比較すれば小さい。その意味でDPCの導入が手術手技の選択に及ぼしうる影響はさほど大きくはないと予想される。ただし、併用する化学療法の評価など包括部分におけるばらつきの原因となっている医療行為については、それらをどのように評価するかが医療サービスの質を担保するためにも今後の重要な検討課題である。また、現行のKコードが実際に行われている術式に対応しきれていないという根本的な問題があり、これについても今後検討が必要である。

4) 今後の課題

今回、わが国において採用された1日当たり定額を基本とした支払い方式は、アメリカなどの1入院当たり定額方式(いわゆるDRG/PPS方式)に比較して、コスト削減や在院日数縮小のインセンティブになりにくいという批判がある。しかしながら、わが国の場合、同じDPCでも施設間において、その平均在院日数に大きな差が存在している。

図15はDPC0502103x02x0xx(徐脈性不整脈 ペースメーカー移植術 処置等2なし)についてその例を示したものである²⁾。今のところこうした差の理由について説明できる客観的なデータはなく、従ってすべての病院を最初からDPC単位の1件当たり包括で評価することには無理がある。まずは、どの程度の差があるのかを明らかにし、その原因を探りながら、診療の標準化を行っていくのが現実的であろう。また、DPCごとにこのように実名でデータが公表されることを考えれば、1件当たり包括評価を導入するまでもなく、多くのDPCで近い将来、在院日数の短縮化と平均化が観察されることになるであろう。外科診療との関連で言えば、このような施設間比較が臨床指標などとともにも総合的に行われることで、外科手術の有効性や標準化の可能性についての議論が進むものと予想される。

ところで、支払いの基礎となる1日当たり点数については原価に基づいて算出すべきであるとい

う意見がある。残念ながらわが国の現状ではそのような原価ベースのコストを算出することは困難であり、平成15年度の包括評価額については平成14年度の支払いベースのデータに基づいている。ただし、原価計算のための標準マニュアルはすでに作成されており、それに基づいたモデル病院における試行調査も行われている³⁾。このような試行調査の結果を踏まえた上で、将来的には原価ベースでのDPC別1日あたり包括評価額の設定が可能になるであろう。この過程では外科手術やその他の診療行為についても、原価ベースでの把握が試みられることになる。筆者の所属する産業医科大学病院では、平成14年度に研究ベースでの原価把握を試みているが、その際、外保連私案として出されている係数を手術の原価把握に利用し、良好な推計結果が得られている。このような外保連のこれまでの検討の上に、適正な医療技術の経済的評価が行われていくことを筆者は期待しており、DPCはそのような評価の共通の単位になると考えている。

5) おわりに

今後の医療制度改革のキーワードは情報の透明化と説明責任である。「情報化」とは「情報の持つ能力を最大限に活用するための手法」であり、医療サービスの経済性評価においてもこの点は十分留意される必要がある。このためには情報の標準化が必要であり、DPCはそのツールとなる。また、DPCはその分類においてコンピュータの利用を前提としているために、その導入を通じて病院の情報化が加速するであろう。その結果として、Evidence Based Negotiation あるいはInformation Based Negotiationによる医療政策の運営が可能になることが期待される。

参考文献

- 1) 松田晋哉他：急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究 報告書 (2003)
- 2) 松田晋哉他：急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究 報告書 別冊1 特定機能病院における入院医療の包括評価関係データ集1 (2003)
- 3) 今中雄一他：急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究 報告書 別冊2 患者別・診断群分類別原価計算方法標準マニュアル (2003)

7. 日本医療再生を阻む社会舗装国日本の実態

済生会栗橋病院外科

本 田 宏

1) 社会舗装国日本

日本の医療制度はWHOやOECDから低価格のわりに健康達成度が高いとして世界一の評価をえている。日本の医療費は1998年、OECDデータではGDP比当たり世界18位、G7中では6位である。しかし、7位の英国はブレア首相が医療体制整備を決断し、日本はG7中最下位になることが決定した。一方、不況とはいえ日本は国連やODAの拠出金は世界でもトップクラスで、なんと日本の公共

事業投資額はG7中で他の6カ国の総和より多い(図16)。

社会保障費用には公共事業の倍以上支出しているのが米・仏・独・英等先進国の常識だが、日本は逆に社会保障が公共事業の半分程度で、その上国民個人が負担する医療・健康費用支出は米国について高く、EU諸国の3倍にもなっている。

一方、国内では高いと喧伝される日本の年間医療費30兆円を他産業と比較すると、葬儀関連産業15兆円の倍程度、パソコンや携帯電話の売り上げ

26兆円よりは少し高く、パチンコ産業の売り上げ30兆円とほぼ同額だ。以上からみれば決して高くはない医療費なのだが、バブル崩壊後に厚労省が高齢化社会に向けて極端な医療費高騰を喧伝したため、医療費抑制策が国民のコンセンサスであるかのような世論形成がなされてしまった。その後、当時の予想は大きく外れていたことが明らかになったのだが(図17)、今度は財務省が2025年の医療費は70兆円になると吹聴し、経済失策のつけを医療費にまわそうと躍起になっている。

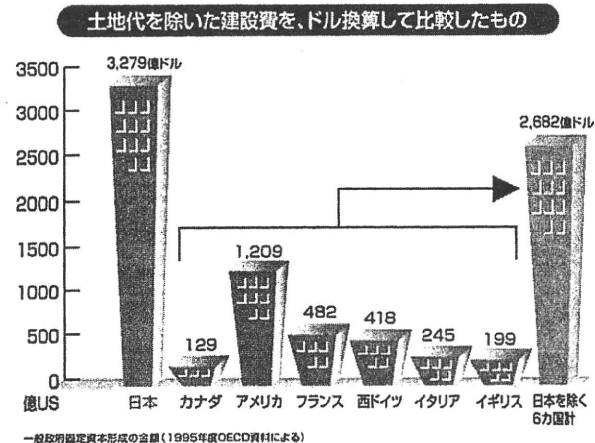


図16 サミット6カ国の合計額より多い、日本の公共事業費 (日刊保国連臨時増刊号No.740 2002より)

2) 中医協、超低医療費の立て役者

AIU保険会社のパンフレットによれば、急性虫垂炎手術の医療費総額は米国の私立病院で1泊2日243万円だ。ちなみに済生会栗橋病院では7泊8日で34万6千円、香港は4泊5日で153万円、ソウルでも7泊8日51万円である(表9)。

物価高で有名な日本でこの驚くべき超低医療費、その立て役者は厚労省の諮問機関である中央社会保険医療協議会(中医協)だ(表10)。中医協メンバーは医療費を抑制したい支払い側委員、開設当初より現在まで大学や急性期病院、看護師等が含まれない診療側委員、公益委員に患者代表は含まれず、専門委員として大手の薬剤や医療機器メーカーが含まれている。そして、原価計算も外国との比較もなしに、先進国中最低レベルの診療報酬点数と、最高レベルの薬剤や医療機器代を同時に実現した。1980年から92年まで、人件費が40%、消費者物価が30%も上昇したバブル経済の頃でも診療報酬の引上げは5%未満に抑制されているのがその動かぬ証拠である。3時間待ち3分診療・救急や小児医療体制の不備・多発する医療事

平成9年医療費改定の時に盛んにマスコミで喧伝された厚生省予測：日本の医療に未来はあるか：鈴木厚(ちくま新書)

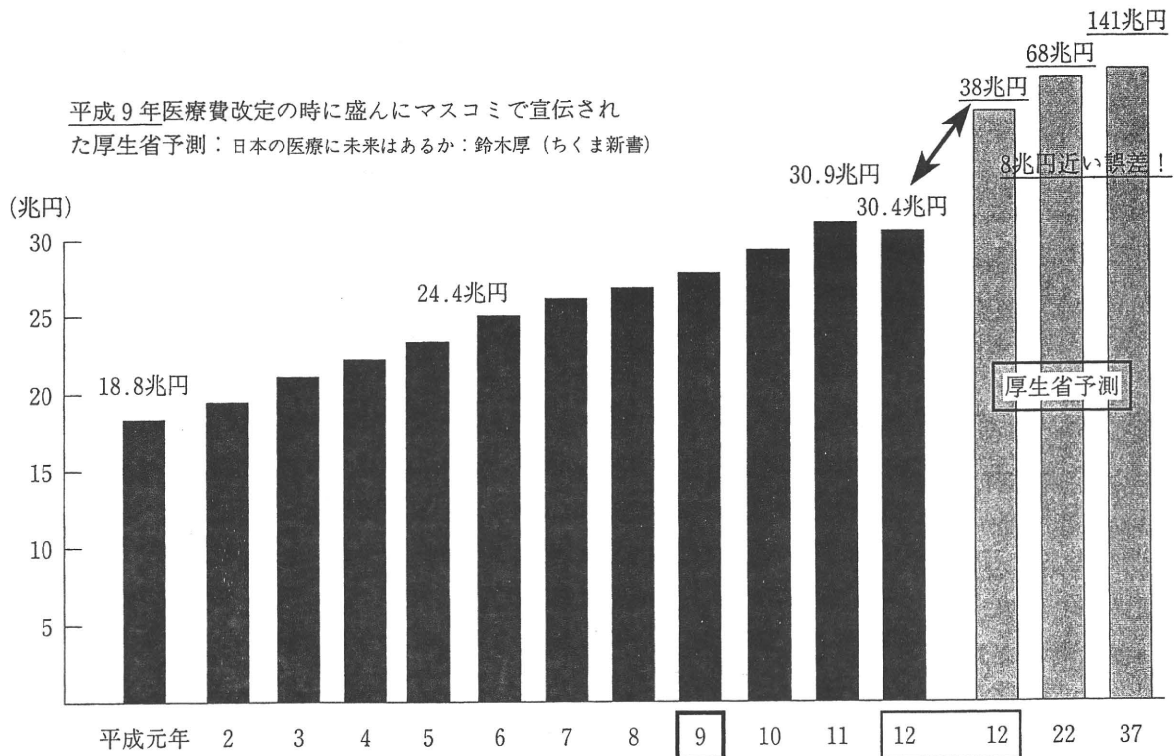


図17 国民医療費高騰の嘘

表9 けた違いに安い医療費 盲腸手術入院の都市別費用
(海外生活おたすけハンドブック AIU 保険会社2000年調べを改編)

	都市	費用：万円	入院		都市	費用：万円	入院
1	ニューヨーク	243.9	1	12	北京	47.8	4
2	ロサンゼルス	193.9	1	13	パリ	47.7	2
3	香港	152.6	4	14	ローマ	46.4	2
4	ロンドン	114.2	5	15	フランクフルト	42.5	7
5	台北	64.2	5	16	済生会栗橋病院	34.6+個室代	7
6	マドリッド	57.3	3	17	ホーチミン	32.8	4
7	バンクーバー	54.6	2	18	パリ	27.8	4
8	グアム	54.6	4	19	ホノルル	27.3	1
9	ジュネーブ	52.1	4	20	上海	23.4	4
10	ソウル	51.2	7	21	サイパン	21.2	2
11	シンガポール	50.9	3	22	バンコク	20.7	3

総費用は、外国人が私立病院の個室を利用し手術も複雑でない場合を想定。また総費用は手術の他、看護費用、技術料等および平均入院日数の病室代を含む。1ドル=105円換算

表10 厚労働省諮問機関：中央社会保険医療協議会（中医協）委員

年	構成（平成13年9月）
支払側委員 8名	社会保険庁、健康保険組合、化学産業労働組合 日本化学・サービス一般労働組合 経営者団体連盟社会保障特別委員会、海員組合 郵船株式会社、山形県国民健康保険団体
診療側委員8名	日本医師会5名、日本歯科医師会2名、日本薬剤師会1名
公益委員 4名	慶應義塾大学商学部、総合研究開発機構 日本放送協会、地球環境戦略研究機関
専門委員 8名	岩手県種市町町長、東京都多摩老人医療センター名誉院長、 武田薬品工業、塩野義製薬、株式会社クラヤ、 旭メディカル、株式会社田中三誠堂、J&J

故等も、金不足が人手不足につながって、水面から氷山の一角のように現れている現象に過ぎない。

3) 入院日数短縮の罠：

多すぎる病床数、長期入院は本当か

日本の病院は病床数が多く、長期入院が横行しているとよく非難される。確かに1999年のOECDデータによれば、人口1,000人当り日本の病床数16.4床に対して米国は3.6床と大きな差があるが、米国の病床数には日本では含まれる療養・老健等、いわゆる福祉部門のベッドは含まれず、これらを加えると米国も日本とほぼ同数ともいわれている。ぜひこの点の検証が必要だ。

またマスメディアで悪の枢軸のように取り上げ

られる長期入院も、高齢者福祉政策の遅れを病院がカバーしてきた点と、日本の入院費用が安いという側面もあることがきれいに忘れ去られている。現在、厚労省は長期入院の点数引き下げとクリニカルパス導入等で、欧米並へ入院期間を短縮することを目指しているが、超低医療費のまま入院日数短縮を強行すれば、病院はマンパワー不足のまま、一層の薄利多売を余儀無くされて危機管理上も大問題なのだ。

4) 21世紀にも203高地・ガダルカナル島を繰り返すのか

米国では医療において“cost, access, quality”

の三者を同時に満たすことは不可能というのが常識だ。しかし、国民皆保険制度が浸透した日本では「安くて、いつでも診てもらえ、しかも質の高い医療」が国民やマスメディアから当然のように求められている。超低医療費とマンパワー不足の中、国民皆保険制度を支えてきたのは「赤ヒゲやナイチンゲール精神」に代表される現場医療関係者の聖職者意識だ。しかし、たとえ過労や人手不足が誘因となった医療事故でも、当事者がトカゲの尻尾切りのように責任を問われるのが日本だ。

現在も人手不足の日本の医療現場なのに、国は将来医師数が過剰になるという試算で医学部定員の削減を始めている。1999年のOECDデータでは人口1,000人当りの医師数について、日本は1.9人で世界25位、1位のイタリアは5.9人、4位のドイツ3.5人、19位の米国が2.8人と述べられており、誰が見ても日本の医師が過剰とは言えない。過労死した研修医に対して先日初の労災認定がなされたが、来春導入決定の卒後臨床研修制度は、今にいたってなお給与を含めた研修医の処遇さえ解決されていない。十分な経済的担保もせず、マンパワー不足の現場は放置して「気合で闘い抜け！」では21世紀にまた「203高地・ガダルカナル島の悲劇」をくり返してしまう。

5) クリプトクラシー国家日本

ブッシュ政権が誕生した頃、米国政府内部で「日本はデモクラシー（民主主義）を装っているが、その実態は、国家国民から収奪して、一部の人間が私腹を肥やすクリプトクラシー（収奪、盗賊）政治体制だ」と囁かれていたようだ。

文芸春秋2002年8月号で自民党総務会長の堀内光雄議員が「年金保険料30兆円を廃止せよ、年金簡保など隠れた税金“特別会計”の欺瞞」を発表し、日本政府の問題点を政権与党の中から大胆に指摘した。

堀内氏によれば、小泉内閣の構造改革議論は一般に国家予算と思われている一般会計80兆円の中身の議論ばかりだが、その数倍の特別会計をしっかりと認識した議論が必要である。日本政府は世界最大の金融機関であると言われるほど、大きくなりすぎていることが問題で、今後10年で一般会

計と特別会計を含めた国家予算を米・英・仏なみに、GDPの20-30%、数字で100-150兆円（現在の1/2以下）に抑えるべきだと提言している。つまり、国家が国民から税金のみでなく年金保険料等も含めてGDPの2/3もの金を集め、かつ適切な配分がなされていないと指摘している。

道路公団は高速道路に1kmごとに緊急用電話を設けているが、本当は1台40万円程度で設置できる電話に250万円も支払っているようだ。将来の年金や生保の支払いも目減りし、銀行利子も期待できない庶民を放置して、さらに高速道路整備を行うのは世情に反する。

インドの偉大な指導者ガンジーは「資本主義がいきつく大罪」として、1) 原則（哲学）なき政治、2) 道徳なきビジネス、3) 労働なき富、4) 人格なき教育、5) 倫理なき快樂、6) 人間性なき科学と技術、7) 犠牲なき宗教、の7項目を予言したという。現在、構造改革論議で行なわれている「医療への株式会社参入」もまさにガンジーの予言通りの現象なのかも知れない。

6) 医療界も今こそAll JAPANを目指せ

昨年の日韓共催ワールドカップは大いに盛り上がった。日本サッカー界は日本リーグ時代の出身企業や大学等に縛られた古い体制を捨てて、世界に羽ばたこうとしている。一方、日本の医療界はどうか。医師会・病院会・大学・医局・学会などは一丸となって日本の医療と福祉を守る気概はあるのだろうか。

中国の諺に「小医は身体を医し、中医は人を医し、大医は国と社会を医す」がある。今、医療ばかりでなく日本そのものが病んでいる。

民主主義国家の一員として日本の将来を考えよう、かけがえのない一票を投じてもう一度日本を再生し、後輩や子孫に誇りある日本をバトンタッチしよう。

参考文献

- 1) 「日本の医療に未来はあるか―間違いだらけの医療制度改革」鈴木厚、ちくま新書
- 2) 「グラフで見る医療改革改訂版」月刊保団連臨時増刊号2002

おわりに

東京慈恵会医科大学

鈴木博昭

帝京大学外科

高見博

診断群分類(包括医療、急性期入院医療と慢性期入院医療の区分)、高度先進医療、手術施設基準の導入、特定医療材料の取り扱い、レセプト審査法の改正、薬剤・医療器具のコストと治験基準の国際化、ドクターフィー、手術・生体検査や処置の診療報酬などの諸問題については、当然のことながら官と医療側・民の間で考えが異なっている。一方、近年増加傾向にある医療事故、医療訴訟を防止するという観点から医療の質改善、安全対策、危機管理の徹底が要求され、医療施設は板ばさみの状態で苦悩している。GDPに対する医療費率を妥当な線まで引き上げるべきという意見は根強くあるが、最近の経済不況を踏まえ、医療界にかかわる人たちは医療改革に対して熱心に議論を重ねてその適正な診療報酬を示し、国民の理解を得る必要がある。

これらの予想をはるかに超えるスピードで、浸透して来た医療改革に対して外科連が考えていることは、次のように集約されると思われる。1) 特定機能病院で導入された包括医療制度は種々の面から検討され、適正な診療報酬が決定される方向にあるが、手術、ある種の検査など技術度に影響される分野は包括医療から除外して出来高払いにする。2) 厚労省から提案された手術施設基準はその条件を満たす施設が少なく、撤回あるいは大幅な改正が必要。3) 生体検査・処置の診療報酬に関する外保連試案は現行の保険点数と大幅に異なっており、診療報酬の見直しが必要である。4) 手術診療報酬には高価な医療器具の費用が包括されている場合が多く、外科医の手術手技料の評価は相対的に低い。5) 手術室、処置室、検査室など間接経費が保険診療報酬の上でほとんど評価されていない。6) 外保連試案は外科の幅広い領域の専門家が討議を重ねて作成したものであり、診療報酬の適正価格の検討に当っては大いに参考にしたい。

医療において優れた外科系医師の確保は、未来の医療の健全な発展のために極めて重要である。国民、医療関係者がともに理解、納得できる医療制度の確立は、お互いに立場が異なるため困難な道ではあるが、国民ひとり一人の健康と福祉のため、根気よい討議と妥協が必要である。



創感染と医療費： DPC導入により予測される影響

松田晋哉 産業医科大学 医学部 公衆衛生学教室 教授

〈〈はじめに

平成15年度4月から全国の特設機能病院等82施設を対象に、わが国独自の診断群分類であるDPC (Diagnosis Procedure Combination) を用いた包括支払い制度が開始されている。そして、中医協での審議を経て、平成16年度からこれまでのDPC研究においてデータ提出を行ってきた特設機能病院以外の62病院を対象に、任意でDPCに基づく包括支払い方式が試行的に適用されることとなった。民間病院等にもDPCに基づく包括支払い方式が拡大されることになったことで、DPCに対する関係者の関心が非常に高まっている。

医療の目的は、質の高い医療サービスを国民に提供することである。医療の内容に対する国民の関心が高まっている今日、それを評価するための情報が必要となる。ただし、医療について絶対的な評価は困難であることから、相対的な評価がその中心となる。相対的な評価をするためには共通のベースが必要であり、それがDPCである。DPCという標準的な単位を用いることで施設間の比較が可能になったことが、DPC導入のもっとも重要なポイントである。

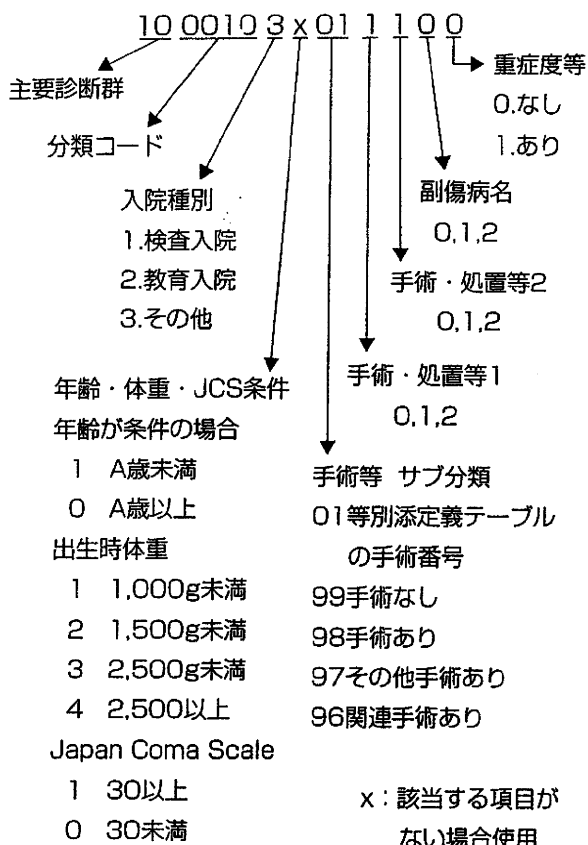
キーワードは情報の標準化と透明化、そして説明責任である。DPCの概要についてはすでに他の論文等で紹介している¹⁾、本稿ではDPCにおける創感染の評価に焦点をあてて私見を述べてみたい。

〈〈DPCにおける創感染の評価

平成15年度から特設機能病院等で支払いに用いられている診断群分類は、平成13年度および14年度の厚生労働科学研究で開発されたDPC version 3である。図1にDPC version3の構造を示した。分類は14桁の数値から構成されている。

診断群分類の決定方法は、まず医療資源をもっとも投入した傷病名を決定し、ついで医療資源をもっとも投入した傷病に対応するICD10が分類されている診断群分類を検索する。さらに、診断群分類を決定するために必要な診療行為等の情報をいれて、診断群分類を決定するという流れになる。

DPCにおいて創感染（以下SSI）は「T814：処置に続発する感染症，他に分類されないもの」として術後続発症として分類上のキーに用いられており、現行制度でも経済的にも一定の評価が行われている。しかしながら、術後続発症としての



*Version1は国立病院など10施設で最初に採用され、Version2は平成13年度調査で用いられた。

図1 診断群分類コード (version3*) の構成

SSIを、経済的にどのように評価すべきかについては今後慎重な検討が必要である。医療行為に「患者」という要因が関与する以上、入院中の感染症の発生はある程度避けられない。なぜならば「患者」そのものが何らかの病院感染症の原因となる起因菌を持っている可能性があるからである。したがって、術後続発症としてのSSIの確率をゼロにすることは不可能である。その意味でDPCに基づく包括評価制度において、たとえば

ある特定領域の手術において、SSIのような術後感染症の発生をまったく認めないという点数設定はできない。しかしながら、SSIによる追加コストを無条件でフルカバーすることも国民からは受容されにくい。

そこで、解決策としては基本DPCごとに平均的なSSIの発生率と起こった場合の追加コストを算定し、それを点数設定に反映させることが考えられる。このような方式を採用した場合、全国平均よりSSIの発生率の低い施設は、その対策の見返りとしての利得を得、そして全国平均より高い施設はペナルティとしての追加コストを負担することになる。理想的には、このような枠組みがあることは、各施設における病院感染予防対策のインセンティブになる。しかしながら、たとえば糖尿病や慢性腎不全などのハイリスク患者における術後感染症をどのように評価すべきかについては、別途議論が必要である。また、Nosocomial Infection Surveillance Risk Indexのようなものを用いてリスク調整することなどが考えられる。

《《今後の課題

包括評価制度において病院感染症対策が正当に評価される仕組みが導入されるためには、SSIをはじめとする病院感染がもたらす追加コストの大きさに関する実態把握が必要になる。たとえば、Fry²⁾は、SSIが発生した場合、1入院あたり400米ドルの追加コストがかかることを推計し、SSI予防が患者のQOLの面でも経済面でも重要であることを報告している。

わが国においても、DPCの枠組みを活用して、たとえば、感染症学会が窓口となり全国レベルでの病院感染症対策に関する臨床経済的評価を行い、その結果が実際の診療報酬制度の決定過程に反映される仕組みを構築していくことが必要であろう。

DPC導入により、臨床家の医薬品や医療材料の費用効果性についての関心が高まっている現在は、そのような臨床経済学的研究を推進していく

ための好機であると筆者は考えている。

文 献

- 1) 松田晋哉編著. 21世紀の医療と診断群分類—DPCの実践とその可能性—. 東京, じほう, 2003, 1-115.
- 2) Fry, DE. The economic costs of surgical site infection. *Surg. Infect.* 3 Suppl 1, 2002, S37-43.

DPCを活用した病院マネジメント

産業医科大学公衆衛生学教授 松田 晋哉

ご紹介いただきました、産業医科大学の松田でございます。今日はDPCについてお話しさせていただきたいと思います。今、司会の先生にご紹介をいただきましたように、DPC自体は、私たちは支払いの単位としてつくってきたわけではありません。DPCを使ったマネジメントがいちばん大事であるということを考えてつくってみました。

今日はその辺を少しお話しさせていただきます。キーワードは、標準化と透明化と説明責任の3つです。たぶんこれからはこの3つがなければ、医療に対して適切なファイナンスはできないだろうと思っています。

あちこちで同じ話をしていますので、もうお聞きになられた方もいらっしゃると思いますが、その辺はご容赦ください。DPCを活用した病院マネジメントということでお話をさせていただきます。

1.なぜ、DPCが必要なのか？

まず、なぜ診断群分類が必要なのかという話から入りたいと思うんですが(スライド1)、今いろいろな経済状況の悪化により医療費の中身に関心が高まっている。次に、国民が今自分が払っている1万円なら1万円というものが本当に1万円の価値があるのかに関心が集まっている。それから、あまりいい報道ではないと思うんですが、医療の質に対する危機感といいますか、そういうものに対するマスコミの報道が相次いで、医療の質に対

して国民の関心が高まっている。

こういう状況のなかで、国民に分かりやすいかたちでの情報の標準化が今求められているのだらうと思います。では医療の現場から情報が出ていないのかというと、実はレセプトというのがございます。しかしこのレセプトには膨大な数の傷病名がありますし、レセプト病名というものもあります。また、そもそもどの病気に何がなされたのかというかたちになっておりませんし、それから電子レセプト化されていないという問題があります。

そういう意味で、今のレセプトというのは分析するには非常に複雑なものになっています。評価が可能であるためには、ある程度、数のまとまりが必要です。ではどういうふうにとまとめるのかということですが、国民に対する説明責任を果たしていくためには医療の中身が分かる、臨床の面でも分かる、経済的な面でも分かる、そういう目的でつくられた、いわゆるDRGとかDPCというものが必要になるのだらうと思います。

医療の目的とか医療政策の目的とは何かといいますと、これはあくまで患者の治療です。質の高い医療をいかに効率的に全国民に対して保証するかということだらうと思います。そうしますと、第1の評価指標は質であって、決して医療費をどれだけ抑制したかということであってはならないだらうと思います。

では医療のサービスの質はどのように評価するのか。これに対しては評価指標が必要です。評価指標、医療の評価というのは、絶対評価が可能かということ、これは無理だと思います。相対評価で

座長：(社)日本病院会 病院経営管理研究会 委員長

竹田 秀

しかありえない。昨日よかつた治療法が今日もいいわけではありませので、そういう意味で相対評価でしかありえない。

では相対評価ということになりますと、当然これは比較による評価ということになりますので、比較の単位が必要である。私たちはこの比較の単位がDPCだというふうに考えています(スライド2)。

なぜ診断群分類が必要なのか？

- 医療をとりまく経済状況の悪化により、医療費の中身に関心が高まっている。
- 医療の質に対する国民の関心の高まりにより、国民にわかりやすい形での情報の標準化と透明化が求められている。

- しかしながら、医療現場から提供されている現在の情報はそのような要望に応えられるものではない。
 - 膨大な数の傷病名、1つの病態に対する複数の傷病名あるいは治療方法
 - 評価が可能であるためには、ある程度の数のまとまりが必要

- 国民の医療に対する疑問に答えるために、病院は標準的な情報を開示し(情報の透明化)、それを説明する義務がある(説明責任)。
- それにより国民あるいは病院に患者を送る紹介元の医療施設は、客観的な選択が可能になる。
- 国民の関心が医療の質とそのコストの両面にかかわる以上、その両者に関連する情報を整備し、それを医療職と経営担当で共有する必要がある。
- したがって、個別の診療行為ではなく、包括された疾患群での評価が必要となる(ただし、それを支払いに結びつけるか否かは国民の選択による)。

スライド1

2. わが国のDPCについて

これから少しDPCの話をしていきたいと思うんですが、日本のDPCというのはスライド3にあるような14桁の、非常に見苦しい構成になっています。なぜこのような見苦しい構成になったのかといいますと、私たちは、これはまだ中間生産物だと考えています。この14桁の数字はすべて意味があります。要するに、DPCをどういうふうに関発していったかということなんですが、私たちはDPCの開発にあたり世界の主要18カ国のDRGを調べました。

このDPCのなかには、実は他の国で使われている情報がすべて入っています。要するに、DPCを使えば共通言語としていろいろな国の診断群分類をつなぐことができるという構成になっています。

まず上の6桁が、基本DPCと呼んでいるものですが、上の2桁が主要診断群といまして、これがいちばんどの臓器系統に相当するかということを表して

医療の目的 ⇨ 患者の治療

第1の評価指標 ⇨ 質

では、医療サービスの質はどのようにして評価するのか？

評価指標の確立が必要

絶対評価ではなく 相対評価

良い治療の評価に関する暗黙知

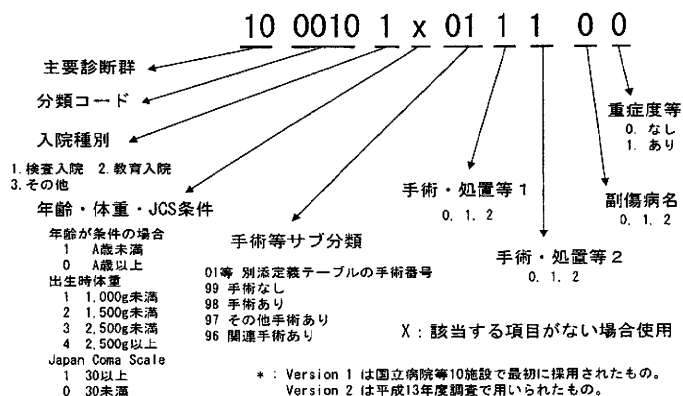
比較による評価

比較という作業を通して形式化する

比較の単位が DPC

スライド2

診断群分類コード(version 3*)の構成



スライド3

います。1であれば神経, 2であれば目, 3であれば耳鼻咽喉科。次の0010ですが, これはいわゆる病名に相当する部分で, ここはICD10で定義されています。

DPCが入ったことのいちばん大きな変化の1つが, レセプトに日本語で書かれた病名ではなくてICD10で病名を書くようになったことです。この上の6桁でどういう病気かということが分かります。

次に, どういう目的で入院してきたのかを分ける項目を入れています。同じ糖尿病であっても検査入院で入ってきたのか, 教育入院で入ってきたのか, あるいは合併症の治療で入ってきたのかでは全然医療資源の投入量が違いますので, ここにそういうものを設けています。将来的には, 例えば急性期の入院とかいろいろな入院種別というものをここで区別することができるだろうと思っています。

次はXになっていますけれども, Xでないものは何かといいますと, 基本的には年齢体重条件といたしまして, 子どもと大人を分けるコードです。ただ, この年齢というのは15歳で分けるとかそういうことではなくて, 病気によって違ってきます。例えば川崎病のように1歳で分けるとか, 喘息のように3歳で分けるとかいろいろあります。

これはなぜかという, 例えばCLLみたいな, 急性リンパ性白血病みたいなもののように, 大人と子どもでは同じ病気でも医療資源の投入量が違うというものはやはり区別しなければいけないということで, 大人と子どもを分けるためにこのコードを入れています。

その次にあるのが, これは手術のサブ分類です。日本は他の国に比べると病態ごとにどのような手術が行われたかによって区分していますので, 非常に分類数が多くなります。今年のバージョンで3,000くらいになるんですが, カナダのCMGというのが3,300ありますので, それに続いて世界で2番目に多い数になっています。

なぜこのような手術の細かい分類を入れているのかという, これは外科の先生とのお話のなか

で, そもそも手術の種類, 術式というのは患者の病態が違うから違うのだと。だから, 手術の種類ではどんな術式を行ったかということ进行分类に使うべきだというご意見をいただいて, こういう分類にしています。

次の「手術・処置等」1・2というのは何かといいますと, 補助手術と化学療法, 放射線療法などをここに入れるかたちになっています。来年度(平成16年)の分類ではAntitrombin IIIなどの高額な薬剤もここでの分類に使われています。

その次に副傷病名です。入院時にどのような併存症があったのか。あるいは入院後どのような合併症, 続発症が発生したのかということをごコードするようになっています。

ここまでいろいろな情報をとれるんですけども, それでも反映できない医療資源に関するような情報というものをいちばん最後の14桁目でごとるかたちになっています。例えば, 初発なのか再発なのかというようなものです。いずれにしても, こういうかたちで診断群分類というのはつくられています。

アメリカのDRGとの違いでいいますと, アメリカのDRGは基本的には退院時にディスチャージサマリーに基づいて, いわゆるクリニカルコーダー, 日本でいうと診療情報管理士の方がそのコーディングをしていって, 1つのDRGというものを確定していくんですが, 日本のDPCというのはそういうものではなくて, 実は電子カルテをかなり意識しています。

医師の日常の診療活動のなかで医師がフルオーダーリングシステムを使ってどういう病気に対してどのような検査を行ったのか, 処置を行ったのか, というオーダーを出していく。そうしますと, こちら辺のコードに全部対応してきますので, 医師の日常診療の過程でDPCがつけられていく。そういうことをかなり意識しています。

ですから, 支払いの単位としては1入院1 DPCというかたちになっていますけれども, 平成16年の4月1日からどういうかたちになるか, 私たちもまだ全然知らされていないんですが, 仮にこの

研究が継続するのであれば、1入院で複数のDPCが発生するような仕組みを考えてみたいと思っています。

ではこの診断群分類をどのようにつくったのかということですが、基本的にはまず臨床家とのディスカッションでつくっていきました。21の専門の学会の先生方にお集まりいただきまして、それぞれ21のグループをつくりました。例えば神経学会とか消化器医療学会とか眼科学会とか、そういうところの先生方

と一緒に、まず臨床の先生の考え方を入れながら分類をつくっていきました。それにデータを当てはめまして、分類をつくりました(スライド4)。

初年度は上の基本DPCで575、全体で2,720という分類ができたんですが、実際そのうちの包括の支払いに使われたのは1,860分類だけです。なぜこういうかたちになったのかということ、全国で20症例以上あって、なおかつコスト面と在院日数で変動係数、ばらつきの程度を示す係数ですけれども、それが1.0未満という比較的ばらつきが少ないものということだけでやりましたので、1,860分類になっております。

大体この1,860分類で94%くらいの入院はカバーしています。これが昨年(平成14年)度になるわけですが、今年(平成15年)度この分類を元にしてまたデータを集め、さらに臨床の先生方のいろいろなご意見をいただきまして、例えば抗TNF抗体とか大量ガンマグロブリン療法とか、Antitrombin IIIの使用などといった高額な薬剤への対応、それから合併症をもう少し精緻化した方がいいだろうということで、特に形成外科の先生方からいろいろとご意見をいただきながら分類の精緻化を行いました。

その結果、平成16年度の包括評価対象の診断群分類は1,727と減っています。ただし、全体の分類自体は3,000くらいになっていますので少し増

診断群分類について(1)

- 特定機能病院の入院医療の包括評価制度の基礎となる診断群分類は、専門家による臨床的観点からの検討、特定機能病院から収集した平成14年7月～10月の退院患者にかかわる調査に基づき開発されたもの。
 - 包括評価対象診断群分類は、1860分類
- 臨床専門家により構成される診断群分類調査研究班における見直し案の報告および特定機能病院から収集した平成15年7月～10月の退院患者にかかわる調査に基づき診断群分類の見直しを実施。
 - 抗TNF抗体、大量ガンマグロブリン療法など的高額な薬剤・医療材料などへの対応、合併症による分類の精緻化、重症度による分類の精緻化など
 - 包括評価の対象診断群分類数は、1860分類から1727分類に。
 - 1727分類に該当しない患者は、従来どおりの出来高算定。

スライド4

えています。ではこの1,727に減ったということ、カバーする範囲も減ったのかということ、そういうわけではありません。94%くらいはカバーしているようです。

この1,727分類のみが平成16年度からの包括の対象になって、それ以外はすべて出来高ということになるわけです。重要なことは、とにかく日本の場合、急性期医療に関してとりあえずすべての入院に対して分類をつくったということです。分類はつくりましたが箱の中身があまりまとまっていないものに関しては、出来高で算定していくというかたちになっています。

診断群分類の基本構造(スライド5)ですが、日本における診断群分類はまず傷病によって分類する。それをICD10で定義して、さらにどういう医療行為を行ってきたのかということで分類して

診断群分類について(2)

• 診断群分類の基本構造

- 日本における診断群分類は、まず、傷病により分類。次に、診療行為(手術、処置等)、重症度等により分類。

✓傷病名は、ICD10により定義

✓診療行為等については、診療報酬上の区分で定義

✓重症度等については、傷病ごとに評価する重症度等の指標を設定

スライド5

いくかたちになっています。ここで大事なことは、病名というのは何かといいますと、医療資源を最も投入した傷病名です（スライド6）。

例えばパーキンソンの患者さんがいて神経内科の外来にかかっていたとします。その方がある日肺炎を起こして救急外来に飛び込んでくる。そうしますと、その方は神経内科に入院して肺炎の治療を受けるわけです。神経内科のレジデントは自分の学会に出すサマリーはパーキンソン病で整理するわけですが、今回の治療という点からみるとこの患者は肺炎の治療を行ったわけですので、医療資源を最も投入した傷病名である肺炎で診断群分類をつくっていただくことになります。ただし、入院時の併存症としてパーキンソン病をもっていると、こういう整理になるわけです。

診断群分類の決定方法ですが、医療資源を最も投入した傷病名を決定し、それをICDで検索して、それから分類を決定するために必要な医療行為を入れていって診断群分類を決定する、というかた

診断群分類について（3）

- 診断群分類は、「医療資源を最も投入した傷病」により決定される。
 - 医療資源を最も投入した傷病名とは、入院患者の入院期間全体を通して、治療した傷病のうち、最も人的・物的医療資源を投入した傷病。
 - 1入院中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病」は1つに限る。
- 「医療資源を最も投入した傷病」が不明な時点では、「入院の契機となった傷病」に基づいて診断群分類を決定する。

スライド6

診断群分類について（4）

- 診断群分類の決定方法
 - ① 医療資源を最も投入した傷病名の決定
 - ② 医療資源を最も投入した傷病に対応するICD10が分類されている診断群分類の検索
 - ③ 診断群分類を決定するために必要な診療行為等に基づく診断群分類の決定

スライド7

ちになります（スライド7）。

ここでちょっとお聞きしたいのですが、「病名くん」と「ふくろうくん」をお使いになられたことがある方はどのくらいいらっしゃいますでしょうか。あまりいらっしゃらないですね。では、そのデモをさせていただきます。

MEDISというところのホームページに入りますと、「病名くん」が無料でダウンロードできます。これは東京大学の大江先生がおつくりになったものなのですが、病名を日本語で入れるとICD10に割りつけてくれるという変換ソフトです。大江先生のところでさらに「ふくろうくん」という、DPCに割りつけるソフトにひもづけをしてくれています。両方ともMEDISで無料でダウンロードできます。

例えば、「糖尿病性網膜症」と日本語で入れます。これで検索をかけますと、自動的にICD10が出てきます。このところで「診断群分類表示」というボタンを押していただきますと複数のICD10にコードされるので、それを選んでくださいというのが出てきて、例えばこの患者さんが眼科に入院した場合にはHの方にいきますので、Hと打ってOKと打ちますと、ここで「ふくろうくん」というソフトが走って、自動的にこのように診断群分類の方に出てくれます。

今病名が決まって、例えばこの患者さんに硝子体茎頭微鏡下離断術を行ったとします。ここを見ておいていただきたいんですが、これをクリックしますと、このようにすべてDPCが発生してくる。これを例えば、包括評価計算表というところに入りますと、皆さんのところはまだ病院係数がないと思いますので、患者さんが10日入院したとして、計算をやりますとこのように全部、包括分の計算もやってくれます。

こういうソフトを大江先生がおつくりくださりまして、今MEDISの方で無料で配っています。3月の終わりごろには、平成16年度版の定義表に対応した「病名くん」と「ふくろうくん」とが出来ますので、これを使うと、DPCの調査事業に参加していなくてもそれぞれの病院でどのくらいの

DPCが発生しているのかということシミュレーションすることができます。大江先生に多大な労力をおかけしつくっていただいて本当に感謝しております。

こういう「病名くん」と「ふくろうくん」というのがあるということです。先ほど言いましたように、この診断群分類の決定というのは、たとえ調査に参加していなくてもそれぞれの病院で簡単に行うことができます。しかも、調査に参加して

いない病院の場合、支払いというのはほとんど関係ありませんので、ストレスなく、例えば去年の症例について行うということでもいいでしょうし、特定の診療科だけを行うということでもいいと思うんですが、とりあえずシミュレーションができます。

診断群分類に関しては、スライド8のように点数表というのが出ていまして、そのなかに診断群分類と、それがどういうものであるのかというこ

診断群分類点数表

特約診療の番号と対応	番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等1	手術・処置等2	副傷病	重症度等	入院期間(日)		点数(点)			特定入院期間(日)
									I	II	入院期間I日未満	入院期間I日以上II日未満	入院期間II日以上	
	1	0100101xxxxxx	脳腫瘍(検査入院)						4	8	4,313	3,329	2,830	14
	2	20100103099x00x	脳腫瘍(15歳以上)	なし		なし	なし		6	13	3,307	2,568	2,183	27
	3	30100103099x01x	脳腫瘍(15歳以上)	なし		なし	あり		9	20	3,248	2,517	2,139	49
	4	40100103099x10x	脳腫瘍(15歳以上)	なし		あり	なし		3	16	3,087	2,389	2,031	43
	5	50100103099x11x	脳腫瘍(15歳以上)	なし		あり	あり		4	24	4,260	2,769	2,354	57
	6	60100103097xxxx	脳腫瘍(15歳以上)	その他の手術あり					20	41	3,315	2,491	2,117	90
	9	70100103012xxxx	脳腫瘍(15歳以上)	脊髄腫瘍摘出術					18	36	2,631	1,963	1,669	64
	10	80100103003xxxx	脳腫瘍(15歳以上)	顔面神経麻痺形成手術等					21	48	3,150	2,435	2,070	103
	12	90100103002x1xx	脳腫瘍(15歳以上)	定位脳手術		あり			31	62	3,030	2,252	1,914	115
	13	100100103001000x	脳腫瘍(15歳以上)	頭蓋内腫瘍摘出術等	なし	なし	なし		14	28	3,056	2,288	1,945	44
	14	110100103001001x	脳腫瘍(15歳以上)	頭蓋内腫瘍摘出術等	なし	なし	あり		15	30	3,111	2,326	1,977	49
	15	120100103001010x	脳腫瘍(15歳以上)	頭蓋内腫瘍摘出術等	なし	あり	なし		26	51	2,907	2,149	1,827	96
	16	130100103001011x	脳腫瘍(15歳以上)	頭蓋内腫瘍摘出術等	なし	あり	あり		28	55	3,005	2,221	1,888	100

スライド8

診断群分類ツリー図、定義テーブル、対応テーブル

定義テーブルで、傷病名、手術などの定義を記述

スライド9

とが14桁のコードに対応するかたちで示されています。入院期間Ⅰ・Ⅱそれぞれの点数がこういうかたちで記載されています。

といっても、診断群分類に割り当てるためにはこの場合病名は何なのか、手術は何なのか、ということの定義が必要ですので、一応前ページのスライド9のようなかたちで樹形図とそれに対応する定義テーブルというものが厚生労働省から公開されています。

先ほどもお話ししましたように、病名というのはあくまでICD10が病名に対応するもので、こちらの方にあるものはICD10のとりあえずの説明です。ですから、病名というよりはICD10が大事になってきます。

なぜこんなことを言っているのかということ、ICD10の病名がおかしいという質問をよくいただきます。「どんなふうにおかしいんですか」と聞くと、「このICD10の名称がおかしい」と言うんです。ICD10の名称というのは、大体こんなものですよということを説明するだけの名称であって、これ自身が名称というわけではございません。

本来は「病名くん」みたいなものですべてできればいいんですが、なかなかまだ「病名くん」の方にも対応しきれないものがあります。そういうことで、定義表上は混乱を防ぐ意味でICD10のみ

で定義しているのが今の現状です。

研究班の方では全国の医療機関、約200の施設から、どのような病名をつけているのかというデータを3年間にわたっていただきましたので、現在この病名を整理しています。

全部で9万件くらいの病名が発生しているんですが、いわゆる特定機能病院と民間病院の先進的などところで使われている病名というのは、たぶん日本の標準的な病名になると思いますので、それをベースにして病名の整理もこれからやっていけばいいのかなと考えています。このデータはすべて大江先生の方にお渡しして、MEDISの方の「病名くん」のバージョンアップに使っていただくことになっております。

3. 平成16年度におけるDPC試行的適用について

平成16年度からDPCの試行的適用ということで、私たちもちょっと予想外だったんですが、今までの特定機能病院以外に調査と協力医療機関、民間病院等92医療機関のうち、参加する意思がある病院に対してDPCを任意で拡大していこうということになりました。

ただ、一応基準があります。基本的にはDPCに対してはデータの質がよくないといけません。ICDコーディングがきちんとできていないと、参加することができません。ICDコーディングがきちんとできるということになります。でも、これはそんなに難しいことはありません。

もう1つは、データ/病床比がおおむね3.5以上、4カ月ですけれども、実際には大体3カ月で1病床が4回転する病院ですね。そういう病院が急性期としてある程度のレベルがあるだろうということで選定されたようです(スライド10)。

ここで大事なことは、平均在院日数17日とかベッド数とか病

急性期医療にかかわる診断群分類別 包括評価の試行適用について(1)

趣旨

- 急性期医療にかかわる診断群分類別包括支払い方式については、再入院率や退院先転帰、患者満足度など様々な角度からの導入影響に関する評価が重要である。
- したがって、大学病院に加え調査協力医療機関(データ収集を行っている医療機関)について本支払い方式を試行的に適用して、データ収集の拡大を図り、その評価を検証する。

対象医療機関

- 調査協力医療機関(92医療機関)のうち一定の基準を満たすもの。
 - ✓ DPCに対して協力する意思のある医療機関
 - ✓ データ/病床比が概ね3.5以上
 - ✓ データの質が確保されていること

スライド10