

kishikaw@ncc.go.jp

病院診療ポートフォリオの概説

↑ 当該施設・DPC14桁支払い分類

- 支払い分類の構成、平均・相対在院日数、使用病床数
 - ↑
- 比較のための参照値として全施設平均を提示

kishikaw@ncc.go.jp

病院診療ポートフォリオの概説

作成後気づいたポイント

- Kコードの構成は施設別に異なる
 - 例: 肺がん、開胸vs胸腔鏡
- 主傷病選択の「癖」
 - 例: 糖尿病&白内障
- 内科・外科のバランスは施設別に異なる
 - 症例数、病床数、相対在院日数などの違い

これまでにご紹介してきたもの(参考)

- DPCポートフォリオ
 - 診療慣習のバラツキの概要を知るための第1歩
 - 入院日数、診療区分別点数を切り口にした比較
- 化学療法ポートフォリオ
 - 診療計画のバラツキをより詳細に知るための資料
 - 薬剤、検査などの個別の行為を切り口にした比較
→ 今後は、抗生剤の使用状況などの分析も可能
 - さらに詳細化→伏見先生のProcess Based Benchmarking
- 病院診療ポートフォリオ
 - 全国のバラツキの中で、自施設のポジショニングを確認する資料
 - 地域内でのマーケット分析→伏見先生の医療圏分析

DPC に対応した病院情報システムのモデル事例の検討研究

看護度データによる看護ケア量の重みづけと看護ケアコストに関する研究

鹿児島大学医学部保健学科
宇都由美子

1. はじめに

わが国においては看護ケア量を測定するツールが確立していない。多くの看護現場で看護量測定の客観的な評価ツールの導入と、それにより得られたデータの活用方法を求めている。鹿児島大学の看護度分類は昭和 62 年より開発を進めてきており、約 17 年に及ぶ看護度分類の体系化の取り組みと、それに裏付けられた膨大なデータ蓄積を有している。これまでも多くの施設から見学や問い合わせをいただいていた。

看護ケア量測定を一般化するに当たっての課題は、測定されたデータの妥当性と信頼性、および測定の継続性を保証できることである。信頼性の確保については、直ちに完全無欠な評価ツールができるとは考えがたい。しかし、これまで取り組まれてきた多くの看護ケア量測定ツールの中から現状で最も信頼できる、あるいは複数の評価ツールを組み合わせることでより精度の高い評価ツールに創り上げるということも可能である。

次に、妥当性については、各医療機関で測定された看護ケア量に関するデータの精度について、果たして同一の選択基準で選択され、いわゆるアップコーディングに繋がるような判断が行われていないかという点を、各医療機関の当の看護職にいかになんらかの工夫が求められる。

さらに、入院中の全患者を対象として行う調査であるため、臨床看護現場の必要以上の負担にならず、また、調査結果を現場にフィードバックできるものであることは、言うまでもないことである。

2. 看護量算定の方法

看護量算定の方法としては、古くからワークサンプリング法やタイムスタディ法がとられてきたが、実際に行われた看護量を明らかにすることはできても、適正人員は求められないという限界があった。Nursing Care Requirementに関する研究が進められ、患者を幾つかのカテゴリーに分類し、そのカテゴリーに属する患者が必要とする看護量を予め決めておくという方法が開発された。代表的なものとして、典型例評価として「看護度」、因子評価として「TNS」があげられる。

2-1. 看護度とは

厚生省看護制度検討委員会が患者ケアに肝関する評価尺度として基準化を図ったものである。看護度A：常時観察を必要とするもの、看護度B：継続的に観察を必要とするもの、看護度C：継続した観察は特に必要としない、という3段階に分かれている。しかし、評価基準が漠然としているため、主観的な判断が入りやすく、施設間だけでなく、同一施設においても客観的な評価が困難という指摘を受けている。

2-2. 看護度分類の鹿児島大学版

鹿児島大学では、看護度の測定ツールとしてのメリット、デメリット（限界）を評価し、客観的なデータ収集を行うために、独自の細分化を図った。

看護度分類の鹿児島大学版

誰が見ても誰が選んでも評価基準が同じになるように看護度を利用した **prototype evaluation**（典型例評価）

I. 大分類＝観察の頻度 ■ A：常時観察を必要とする

II. 中分類＝患者の特徴 ■ A22：手術患者

III. 小分類＝検査・処置の状況

A2201：全身麻酔による手術後の要観察期（術後24時間）

看護度分類の鹿児島大学版

看護度大分類（A）と選択すると → 患者タイプ（特徴）へ展開し選択する

- 1) 重篤な患者
- 2) 手術患者
- 3) ハイリスク・治療の患者
- 4) 意識障害の高度な患者
- 5) ADL障害の高度な患者
- 6) 感覚器障害の高度な患者
- 7) 精神障害の高度な患者
- 8) 妊婦
- 9) 産婦及び褥婦
- 10) 未熟児及び新生児

→ 小分類へ

最終的に、330項目に細分化されている。

さらに、客観的な看護度データの収集に繋がるように、330項目に細分化した看護度について、4つの段階（患者状態、看護目標、処置・援助、看護援助）からなる定義づけを行った。

より客観的な看護度データを収集するために

A22手術患者

01. 全身麻酔による手術後の要観察期

1. 患者状態

- ・全身麻酔による影響下にあり全身の状態が抑制されている状態
- ・意識混濁がある状態
- ・呼吸抑制がある状態
- ・出血、浸出液が多い状態
- ・バイタルサインが不安定な状態
- ・知覚鈍麻がある状態
- ・手術創の疼痛がある状態

2. 看護目標

- ・一刻も早く全身麻酔から離脱し、全身状態の回復を図る

3. 処置・援助

- ・呼吸：ベンチレーター、気管内挿管、気管切開、酸素吸入
- ・循環：輸血、持続点滴、各種モニタリング、動脈ライン
- ・消化器：胃チューブ
- ・出血：止血処置、各種ドレーン、包帯交換
- ・全身状態：、持続吸引、持続洗浄、排尿カテーテル、etc

4. 看護援助

- 1) 観察
 - ・呼吸：呼吸抑制、去痰困難、呼吸困難、肺雑音
 - ・循環：血圧変動、末梢循環不全、尿流出、不整脈
- 2) ケア
 - ・呼吸：吸引、ネブライザー、フロー、肺理学療法
 - ・循環：時間尿測定、動脈触知

3. 調査方法

- 1) 期間 平成 17 年 12 月 1 日 (木) ~1 月 31 日 (火)
- 2) 対象 急性期一般病床に入院中の患者、及び日勤帯の受持ち看護師・助産師
- 3) 方法 入力支援ソフトを活用する。
 - (1) 測定ツールとして、看護度分類の鹿児島大学版を用いる。
 - (2) 患者に提供するケア量が変化した時に、日勤帯の受持ち看護師が看護度データを入力する。
 - (3) 日勤帯の受持ち看護師の、勤務終了時点の看護度 A, B, C 別患者数を入力する。

4. 調査の結果

4-1. 看護度 ABC の重みづけ

蓄積された看護度データと日勤帯の看護師ごとの受持ち患者実績から、一人の看護師が日勤帯で看護度 ABC の患者を一人ずつ受け持ったら、それぞれの患者にどれだけのケア時間を必要とするかということから、モデルを考案し、準ニュートン法による解析を行い、看護度 ABC の重み付けを図った。

看護度と日勤数のモデル

■各看護師 i の看護度 A, B, C の患者の受持ち数をそれぞれ X_i, Y_i, Z_i とし、勤務時間合計 H_i との間に以下のモデルを考える。

$$aX_i + bY_i + cZ_i + d + \varepsilon_i = H_i$$

■ここで、 a, b, c, d は未知のパラメータで $a \geq 0.1, b \geq 0.1, c \geq 0.1$ であることを仮定する。 d は、患者ケア時間以外の看護業務時間、 ε_i は誤差を表している。

4-2. 看護ケアのコスト計算

看護師の人件費を、看護を提供するために必要なケアコストと読み替えると、患者に提供したケア量からコスト計算ができる。

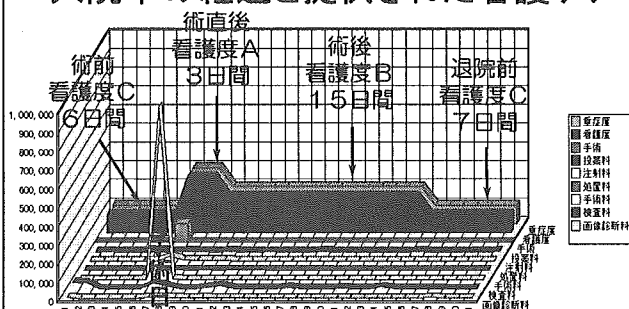
結論 $a : b : c = 4.74 : 1.13 : 1$

看護ケアのコスト計算例

■ 1 年間の入院患者の入院日数と看護度の集計
 7,060 人 延べ 233,000 日
 看護度 A = 44,270 日 (19%)
 看護度 B = 153,780 日 (66%)
 看護度 C = 34,950 日 (15%)

■ 年間の病棟勤務の看護師の人件費 \approx 12 億 5 千万円
 $12 \text{ 億 } 5 \text{ 千万円} \div (44,270 \times 4.74 + 153,780 \times 1.13 + 34,950 \times 1) = 2,986.4 \text{ 円}$ 約 2,990 円

入院中の経過と提供された看護ケア



看護度 A, B, C のケアをそれぞれ 3 日, 15 日, 13 日提供した患者の看護ケアコスト (手術時の看護師人件費除く)
 $2,990 \text{ 円} \times (3 \text{ 日} \times 4.74 + 15 \text{ 日} \times 1.13 + 13 \text{ 日} \times 1) = 132,068 \text{ 円}$

4-3. 看護ケア量の数値化による看護の生産性の評価

看護ケア量の数値化が図れたら・・・

現在、看護ケア量に関する具体的な評価指標は、延べ入院患者数や稼働率しか用いられていない。

病棟	看護度A提供日数	看護度B提供日数	看護度C提供日数	延入院患者数	稼働率
内科	320 (24.2%)	700 (53.0%)	300 (22.8%)	1,320	88%
外科	400 (31.4%)	600 (47.0%)	275 (21.6%)	1,275	85%
小児科	350 (29.2%)	650 (54.2%)	200 (16.6%)	1,200	80%
産婦人科	330 (26.8%)	600 (48.8%)	300 (24.4%)	1,230	82%

稼働率100%の場合の1ヶ月の延入院患者：50床×30日＝1500人日

看護ケア量の数値化が図れたら・・・

患者に提供したケア量から、ポイント計算を行った結果、稼働率では表せなかった実際的な看護ケアの多寡が見えるようになる。

病棟	看護度A (点)	看護度B (点)	看護度C (点)	看護ケア量 (点)	全体に占める割合
内科	1,516.8	781	300	2,607.8	24.6%
外科	1,896	678	275	2,849	26.9%
小児科	1,659	734.5	200	2,593.5	24.5%
産婦人科	1,564.2	678	300	2,542.2	24.0%

看護度A：4.74点 看護度B：1.13点 看護度C：1点

看護ケア量の数値化が図れたら・・・

さらに、部署ごとの看護師の適正配置に関する評価もできるようになる。

外科病棟の看護師の生産性が1番高いなど、看護の定量的な生産性に関する評価が可能となる。

病棟	看護ケア量 (点)	看護師数	1人当り平均ケア点	人件費月額	1点当りケアコスト
内科	2,607.8	22人	118.5点	7,480,000円	2,868.3円/点
外科	2,849	23人	123.9点	7,590,000円	2,664.1円/点
小児科	2,593.5	24人	108.1点	8,400,000円	3,238.9円/点
産婦人科	2,542.2	22人	115.6点	7,920,000円	3,115.4円/点
合計	10,592.5	91人	116.4点	31,390,000円	2,963.4円/点

看護度A：4.74点 看護度B：1.13点 看護度C：1点

これらの結果を調査に協力してくれた病院及び病棟ごとに算出し、病院間の比較や、同一病院内の病棟間比較を行った。また、DPC対象病院の場合、DPC別のケア量の差異を定量的に示すことが出来た。

急性期入院医療の包括評価・支払い方式に伴う 医療資源の消費量ばらつきに関する研究

分担研究者 遠藤久夫 学習院大学経済学部
研究協力者 福田 敬 東京大学大学院薬学系研究科
池田俊也 慶應義塾大学医学部
石川ベンジャミン光一 国立がんセンター がん予防・検診研究センター
情報研究部

研究要旨

本研究は平成15年度から特定機能病院等に導入された急性期入院医療のDPC分類による包括評価制度が医療資源消費のばらつきに及ぼす影響を、診療報酬データを用いて分析を試みたものである。平成14年度、15年度、16年度のデータから以下の傾向が確認された。

1. 包括評価の導入に伴い、多くのDPC分類において在院日数や総点数の平均値の減少が変動係数の減少を伴って生じた病院が多かったことが示されたが、平均値や変動係数が増加した病院もあったことが観察された。
2. 多くのDPC分類において14年度に在院日数や総点数の平均値および変動係数の大きかった病院ほど包括評価導入後の平均値と変動係数の減少が大きいという傾向が見られた。その結果、包括評価導入に伴い、各病院の在院日数や総点数の平均値、変動係数がある水準に収斂する傾向を示したDPC分類も見られた。
3. 多くのDPC分類において見られた在院日数や総点数の平均値および変動係数の減少傾向は、平成14年度から15年度の変化の方が15年度から16年度の変化より大きい。

このようにDPC分類に基づく包括評価の導入に伴い、各病院において多くのDPC分類で医療資源消費量のばらつきが縮小する傾向が観察された。さらに各病院の資源投入量が一定の水準に収斂する傾向を示したDPC分類も見られた。これらのことから、包括評価は医療の標準化に対して一定の影響を与えている可能性が示唆された。本研究で用いたデータでは医療行為の具体的な変化を分析することが不可能であるが、今後新たなデータを用いて包括評価と医療の標準化との関係を分析することが重要であると考えられる。

A. 研究目的

本研究は平成 15 年度から特定機能病院等に導入された急性期入院医療の包括評価・支払い方式による医療資源消費への影響を、診療報酬データを用いて分析を試みたものである。包括評価が医療行為に及ぼす影響として、医療資源利用の効率化が推進し、医療資源の消費量の減少と医療行為の標準化が進むことが考えられる。平成 16 年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）分担研究報告書では包括評価により医療資源の消費量の減少をもたらしたことを明らかにしたが、本研究においては包括評価が医療の標準化に及ぼした影響について分析する。

医療行為が標準的な医療に収斂したかどうかを厳密に分析するためには、個々の医療内容を把握することが必要であるが、本研究で用いたデータではこれを行うことはできない。そこで標準化が進んだかどうかに関する第一次接近方法として医療資源消費量のばらつきに着目した。具体的には在院日数や医療行為の点数の変動係数の変化を包括評価導入前後で比較する。

B. 研究方法

1. データ

分析に用いたデータは平成 14 年度（包括評価導入前）および平成 15 年については特定機能病院等 82 施設を、平成 16 年度はデータ入手可能な医療施設の 7～10 月に退院した患者の診療報酬データである。尚、分析対象とした DPC 分類は、一定以上の症例数を条件に抽出したものである。

2. 分析方法

分析対象とした医療資源の投入量を示す指標として、在院日数、総点数、出来高評価部分の点数、包括評価対象部分の点数、入院基本料を控除した包括評価部分の点数、診断に関連した部分の点数、薬物治療に関連した部分の点数を用いた。これらの指標について病院ごとの変動係数を平成 14 年度と平成 15 年度、および

平成 15 年度と平成 16 年度の変化を観察した。

C. 研究結果

1. 包括評価の導入に伴い多くの DPC 分類において在院日数や総点数の平均値の減少が変動係数の減少を伴って生じている病院が多いが、平均値や変動係数が増加した病院も見られる。

2. 多くの DPC 分類において 14 年度に在院日数や総点数の平均値および変動係数の大きかった病院ほど包括評価導入後の平均値と変動係数の減少が大きいという傾向が見られた。その結果、包括評価導入に伴い、各病院の在院日数や総点数の平均値、変動係数がある水準に収斂する傾向を示した DPC 分類も見られた。

3. 多くの DPC 分類において見られた在院日数や総点数の平均値および変動係数の減少傾向は、平成 14 年度から 15 年度の変化の方が 15 年度から 16 年度の変化より大きい。

D. 結論と考察

DPC 分類に基づく包括評価の導入に伴い、各病院において多くの DPC 分類で医療資源消費量のばらつきが縮小する傾向が観察された。さらに各病院の資源投入量が一定の水準に収斂する傾向を示した DPC 分類も見られたことから、包括評価は医療の標準化に対して一定の影響を与えている可能性が示唆された。

本研究で用いたデータでは医療行為の具体的な変化を分析することが不可能であるが、今後新たなデータを用いて包括評価と医療の標準化との関係を分析することが重要であると考ええる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録
なし

3. その他
なし

診断群分類の原価の実態に関する研究 【平成 16 年データ】

分担研究者 今中雄一 京都大学大学院医学研究科医療経済学分野教授
主任研究者 松田晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学教授

研究協力者

大坪徹也、福田治久、林田賢史、桑原一彰（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野）

概要

【目的】

本研究の目的は、(1) MDC や DPC10 桁分類といった症例分類において 1 入院当たりのコスト情報を可視化すること、そして (2) 症例分類ごとのコストの実態と特徴を把握すること、である。その際、MDC 別、各 MDC における手術の有無別、DPC コード上位 10 桁による分類別の 3 つの症例分類において、開設主体別に項目別コストの額および構成比率を取り扱う。

【対象と方法】

国立大学病院 20 施設、私立大学病院 29 施設、学校法人会計以外を適用した病院 89 施設である。2004 年 7 月 1 日から同年 10 月 31 日までの 4 ヶ月間に退院した患者を対象として登録された、症例数が 6 例以上の DPC14 桁分類に限る国立大学病院 44,084 件、私立大学病院 103,783 件、学校法人以外病院 136,863 件の計 284,730 件の DPC14 桁分類別に集計されたデータを対象とした。原価計算の方式は、平成 13-15 年度厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究」で開発された標準原価計算マニュアルに基づいた。

【結果と考察】

各 MDC 分類において、特徴ある原価構成を示した。手術あり群では MDC01:神経系疾患、MDC05:循環器系疾患、MDC13:血液・造血器・免疫臓器の疾患、手術なし群では MDC13:血液・造血器・免疫臓器の疾患において、いずれの開設主体においても 1 入院当たりコストの 80% を給与・材料費が占めた。大学病院における給与費、特に医師の給与費は、学校法人以外の病院と比較して、方法論上の課題も残るが、大きく、また、国立大学病院の減価償却費は他と比較して大きい。入院日数と 1 入院当たり総コストの関係は、非線形よりも線形の近似の方が適合度は高く、手術なし群では、いずれの MDC においても線形近似への高い適合度を示した。手術あり群では、特に MDC01、05 において入院日数に対する 1 入院当たり総コストのバラツキが大きく、線形近似への適合度はやや低めになった。

【結論】

本研究では、MDC や DPC10 桁分類といった症例分類において 1 入院当たりのコスト情報を可視化し、症例分類ごとのコストの実態と特徴を把握することができた。そして、疾病分類別における開設主体間のコスト構造の違いについても示すことができた。しかしなお原価計算方法と基になるデータについて検証し改善する余地があると考えられる。今後の診療報酬の再分配に向けては、コスト計算における実務作業のプロセスなどについて検証し、改善を行ない、より正確にコストを把握しうるシステムの確立が必要となろう。

A. 目的

本研究の目的は、

- (1) MDC や DPC10 桁分類といった症例分類において 1 入院当たりのコスト情報を可視化すること
- (2) 症例分類ごとのコストの実態と特

徴を把握すること、である。

その際、MDC 別、各 MDC における手術の有無別、DPC コード上位 10 桁による分類別の 3 つの症例分類において、開設主体別に項目別コストの額および構成比率を取り扱う。

B. 対象と方法

対象施設数は、国立大学病院 20 施設、私立大学病院 29 施設、学校法人会計以外を適用した病院 89 施設である。2004 年 7 月 1 日から同年 10 月 31 日までの 4 ヶ月間に退院した患者を対象として登録された、症例数が 6 例以上の DPC14 桁分類に限る国立大学病院 44,084 件、私立大学病院 103,783 件、学校法人以外病院 136,863 件の計 284,730 件の DPC14 桁分類別に集計されたデータを対象とする。

本研究の実施に当たっては、個人情報保護に十分配慮し、構築されたデータベースから、個人の特定ができない方式を採用した。具体的には個人が特定できる可能性がある情報については消去したデータベースを厚生労働省が作成し、研究班はそれを用いた分析のみを行なった。

原価計算の方式は、平成 13-15 年度厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究」で開発された標準原価計算マニュアルに基づいた^{1,2)}。

なお、本研究は産業医科大学倫理委員会の審査を受け、その承認を経て実施された。

データの集計について

本研究において開設主体間の比較を行なう際に、手術等サブ分類に該当する DPC9 および 10 桁目のコードが '99' (手術なし) または 'xx' (該当する項目なし) の DPC14 桁コードを、「手術なし」とし、それ以外の DPC9 および 10 桁目のコードをもつ DPC14 桁コ

ードについては「手術あり」とした。

厳密には、この「手術なし」の定義には検査入院・教育入院の他に、手術・処置等 1 で K コードに分類される手術を行なった患者群も含まれる。

本研究において使用した基本データのカテゴリは、開設主体別において DPC14 桁分類別に集計された症例数、入院日数、項目別コストである。

入院日数については、式に示す通り、ある DPC14 桁分類 a に属する患者毎の入院日数の総和として集計されたものである。

コストについては、式に示す通り、ある DPC14 桁分類 a に属する患者毎のコストの総和を同患者毎の入院日数の総和で除したものであり、単位は円/入院・日である。

コスト構成の可視化に際し、DPC14 桁分類別データを DPC10 桁分類別、DPC6 桁分類別、MDC 別に新たに集計する。

DPC10 桁分類における平均入院日数は、式に示す通り、ある DPC10 桁分類 b に属する患者の入院日数の総和を同 DPC10 桁分類に属する患者の症例数で除すことで算出する。

DPC10 桁分類における 1 入院当たり平均コスト(円/入院)は、式に示す通り、ある DPC10 桁分類 b に属する患者の入院日数と 1 入院・1 日当たりコストの積の総和を同 DPC10 桁分類に属する患者の症例数で除すことで算出する。

DPC6 桁分類別、MDC 別においても手術有無別に同様の集計処理を行なう。

コスト情報の可視化について

- (1) MDC 別コスト構成比率における比較
MDC 分類別、MDC 分類別手術有無別に、開設主体ごとの 1 入院当たり平均のコスト構成比率を円グラフによる可視化を行なう。
- (2) MDC 別手術有無別各コスト項目における金額比較
MDC 別手術有無別に、14 項目の 1 入院当たりコストの平均値を棒グラフにより可視化する。
- (3) MDC 別手術有無別各コスト積上げによる総額比較
MDC 別手術有無別に、1 入院当たりコストの総額を項目別コストの積上げ棒グラフにより可視化する。
- (4) MDC 別 DPC10 桁分類の入院日数-総コスト散布図による比較
MDC 別手術有無別に、横軸-平均入院日数、縦軸-1 入院当たり平均総コストとし、DPC10 桁分類ごとにプロットした散布図により、開設主体間の入院日数と総コストの関係を分析する。図中に開設主体別に線形の近似式を示し、凡例に各々の決定係数を示す。

C. 結果と考察

コストの構成比率について

各 MDC 分類において、特徴ある原価構成を示した。手術あり群では MDC01:神経系疾患、MDC05:循環器系疾患、MDC13:血液・造血器・免疫臓器の疾患、手術なし群では MDC13:血液・造血器・免疫臓器の疾患において、いずれの開設主体においても 1 入院当たりコストの 80%を給与・材料費が占める。これらの

MDC においては、材料費の占める割合が非常に高くなっている。MDC05:循環器系疾患では診療材料費が、MDC13:血液・造血器・免疫臓器の疾患では薬剤費の割合が高く、MDC15:小児疾患では人件費の割合が比較的高くなる傾向が見られた。

コストの大きさについて

国立、私立大学病院における医師、事務員、技能労務員の給与費は学校法人以外の病院と比較して、非常に大きいことが明らかとなった。一方で、データ収集・処理上の問題により給与費における大きな差が生じている恐れもある。

国立大学病院の減価償却費は私立大学病院あるいは学校法人以外の病院と比較して、非常に大きいことが明らかとなった。

1 入院あたり総コストについては、MDC 別手術ありでは、MDC13:血液・造血器・免疫臓器の疾患が最も高く、MDC08:皮膚・皮下組織の疾患が最も低い。

MDC 別手術なしでは、MDC13:血液・造血器・免疫臓器の疾患が最も高く、MDC02:眼科系疾患が最も低い。

総コストは国立大学病院、私立大学病院、学校法人以外の病院の順でコストが低くなるが、手術ありでは、MDC01:神経系疾患、MDC08:皮膚・皮下組織の疾患、MDC16:外傷・熱傷・中毒、異物,その他の疾患において、私立大学病院の平均総コストが国立大学病院よりも高い。

また、手術なしでは、MDC01:神経系疾患、MDC02:眼科系疾患、MDC13:血液・造血器・免疫臓器の疾患、MDC14:新生児疾患,先天性奇形において、私立大

学病院の平均総コストが国立大学病院よりも高い。

特筆すべきは、MDC08:皮膚・皮下組織の疾患において、国立大学病院および私立大学病院の総コストは、手術なしの方が手術ありよりも高い額であった。

項目別コストの額、総コストの額のいずれも妥当な値であるといえる。

コストと入院日数の関係について

入院日数と1入院当たり総コストの関係には、非線形よりも線形の近似の方が適合度は高くなった。

手術ありについては、MDC01:神経系疾患、MDC05:循環器系疾患において、入院日数に対する1入院当たり総コストのバラツキが大きく、線形近似への適合度はやや低めになった。手術なしについては、いずれのMDCにおいても線形近似への高い適合度を示した。

D. 結論

本研究における方法に基づき、以下の目的が達成された。

1. MDC や DPC10 桁分類といった症例分類において1入院当たりのコスト情報を可視化すること。
2. 症例分類ごとのコストの実態と特徴を把握すること。

そして、疾病分類別における開設主体間のコスト構造の違いについても示すことができた。

しかしなお原価計算過程とその基になるデータについて検証し改善する余地があると考えられる。今後の診療報酬の再分配に向けては、コスト計算における実務作業のプロセスなどについて検証し、

改善を行ない、より正確にコストを把握しうるシステムの確立が必要となろう。

E. 参考文献

1. 松田晋哉（主任研究者）. 平成13・15年度厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「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. 2004年3月.
2. 今中雄一編著. 医療の原価計算：患者別・診断群分類別コストリングマニュアルと理論・実例. 東京：社会保険研究所, 2003.
3. 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.
4. 松田晋哉（主任研究者）. 平成17年度厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究」報告 統括報告書. 2005年3月.
5. 今中雄一（分担研究者）、松田晋哉（主任研究者）. 平成17年度厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究」報告：診断群分類データによる診療活動の費用と過程・結果の指標化とそれらの多施設間比較に関する研究. 2005年3月.
6. 福田治久、今中雄一. 感染制御の経済・感染のコストと予防への投資. 臨床検査, 2005;49(6):607-614.
7. Hayashida K, Imanaka Y. Inequity in the price of physician activity across surgical procedures. Health Policy. 2005; 74 (1): 24-38.

第2章 MDC別コスト構成比率における比較

2.1 MDC別コスト構成比率

2.1.1 MDC01:神経系疾患

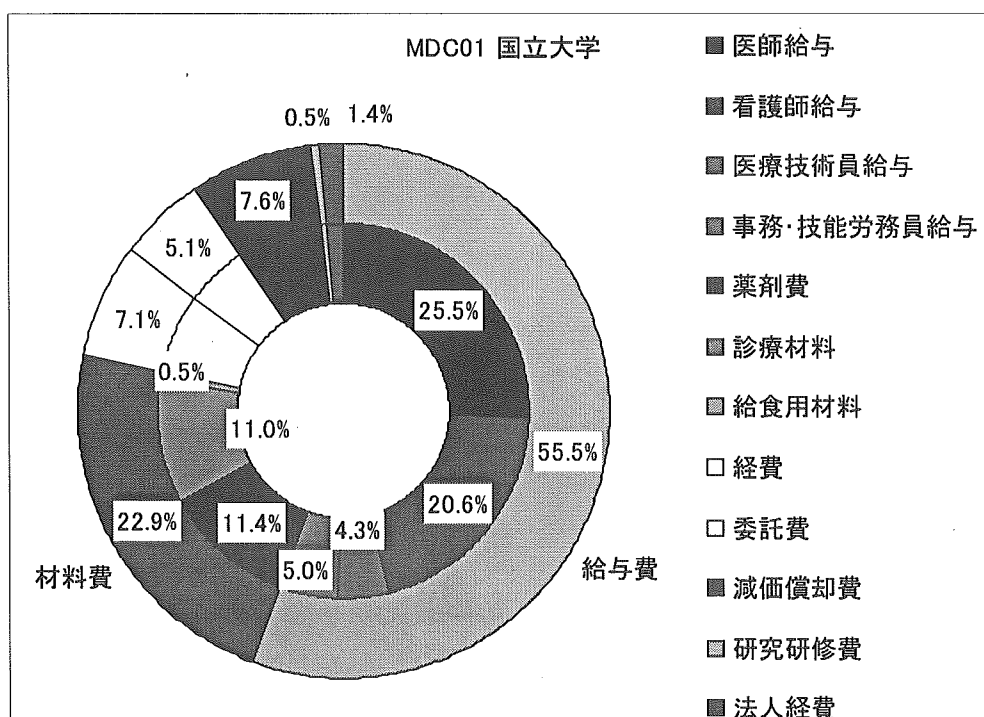


図 2.1: MDC01 国立大学病院

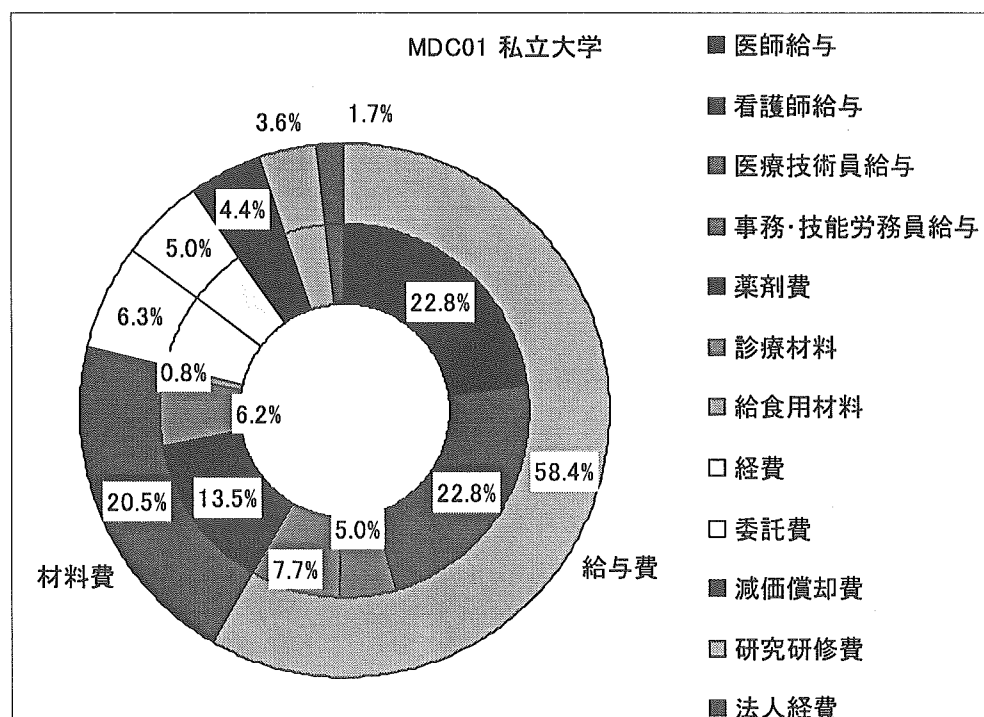


図 2.2: MDC01 私立大学病院

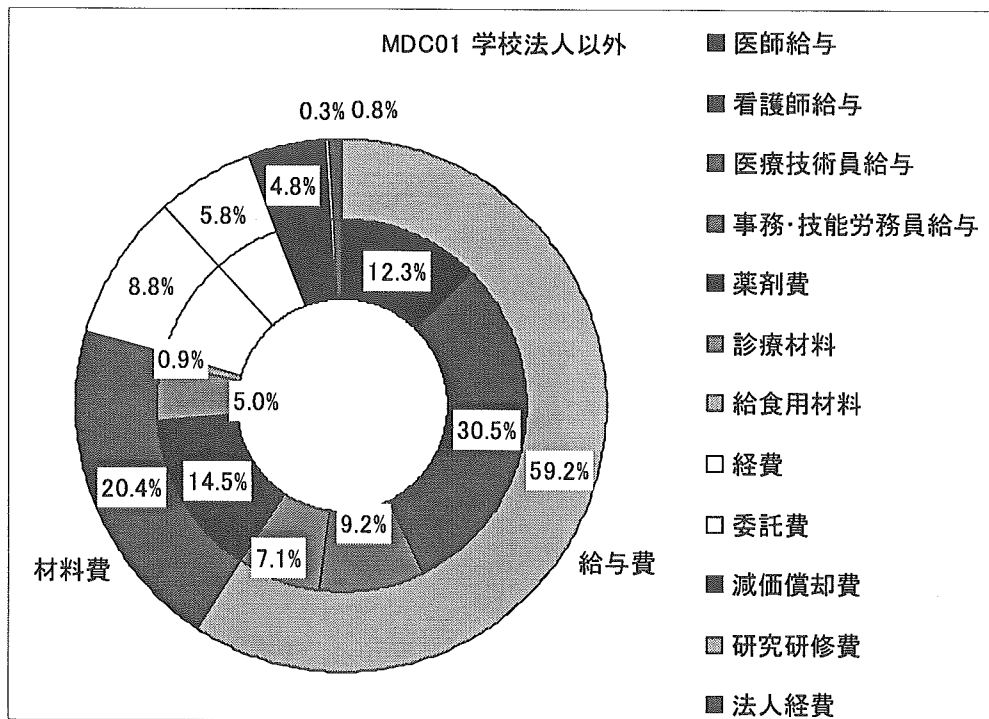


図 2.3: MDC01 学校法人以外の病院

2.1.2 MDC02:眼科系疾患

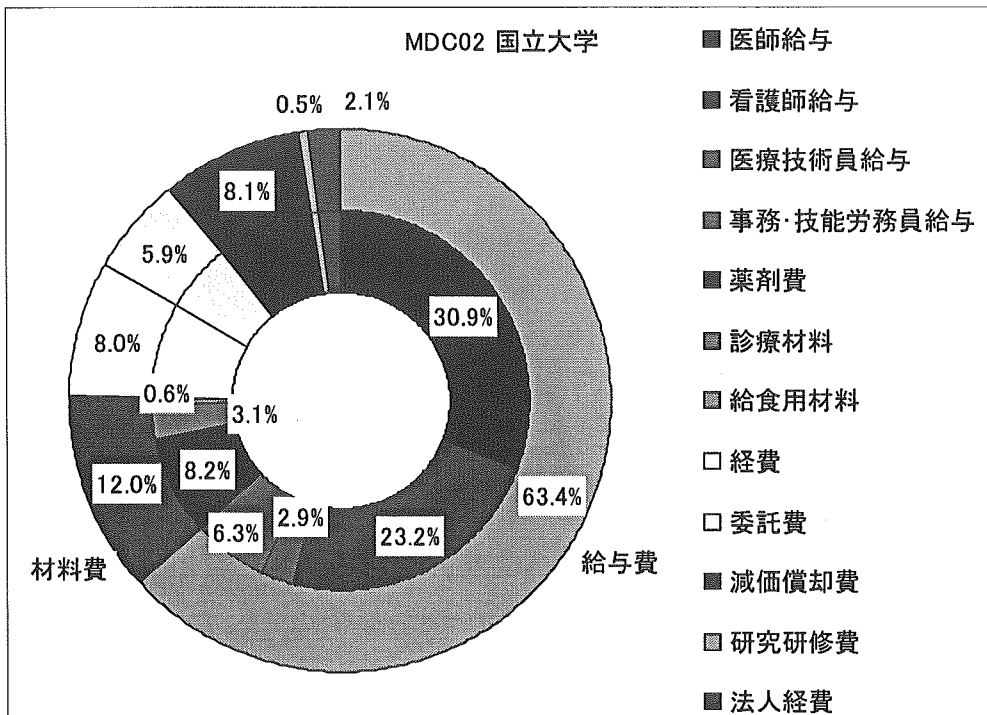


図 2.4: MDC02 国立大学病院

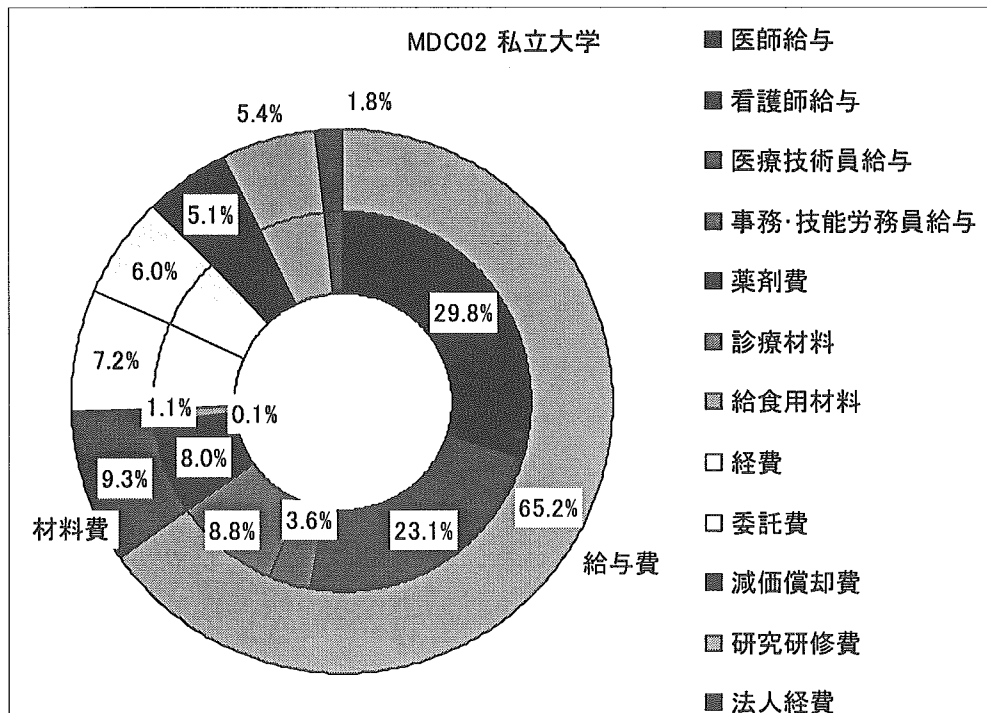


図 2.5: MDC02 私立大学病院

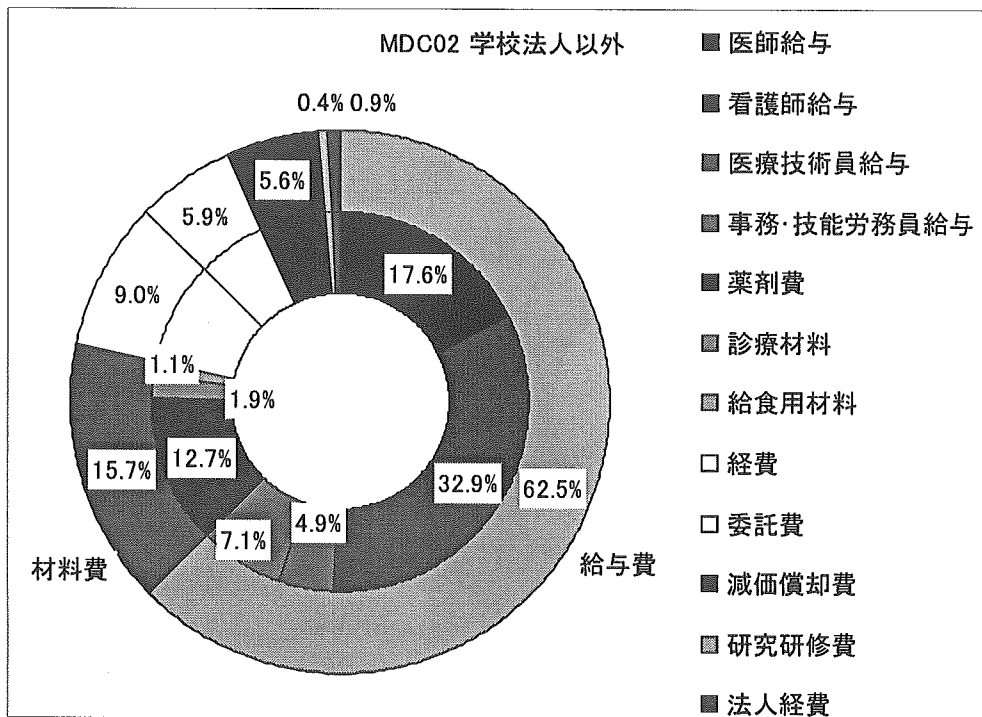


図 2.6: MDC02 学校法人以外の病院

2.1.3 MDC03:耳鼻咽喉科系疾患

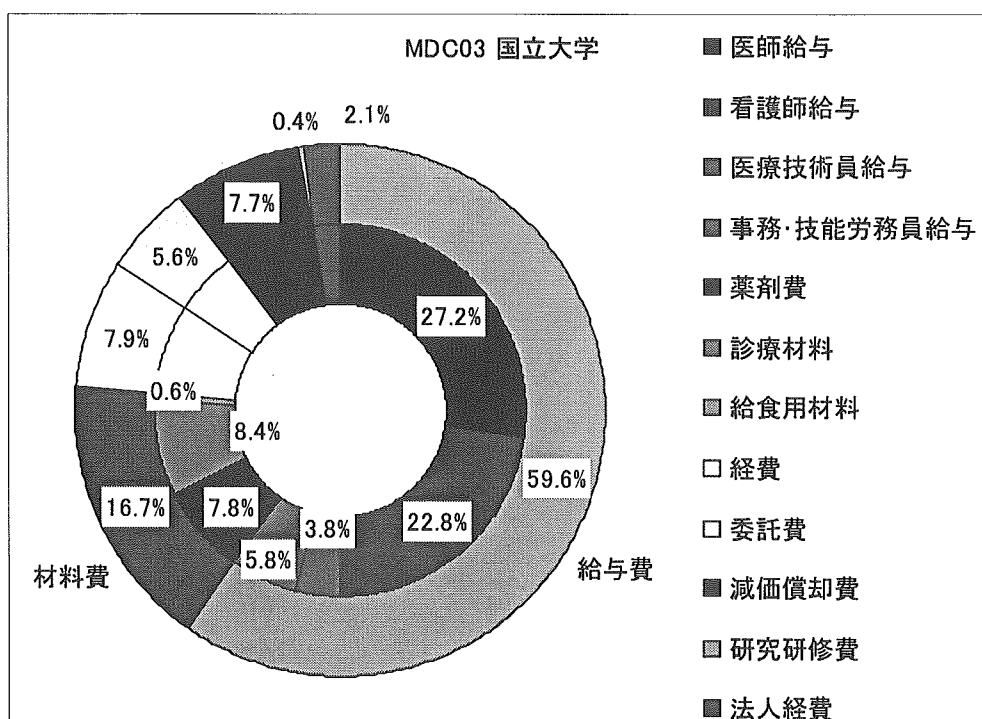


図 2.7: MDC03 国立大学病院

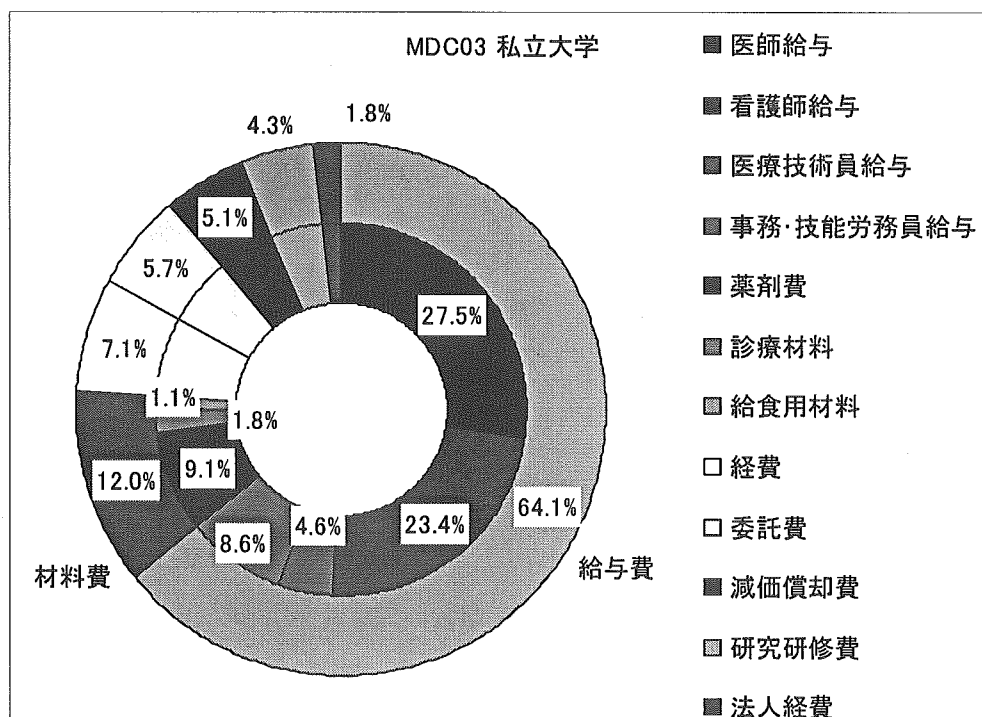


図 2.8: MDC03 私立大学病院

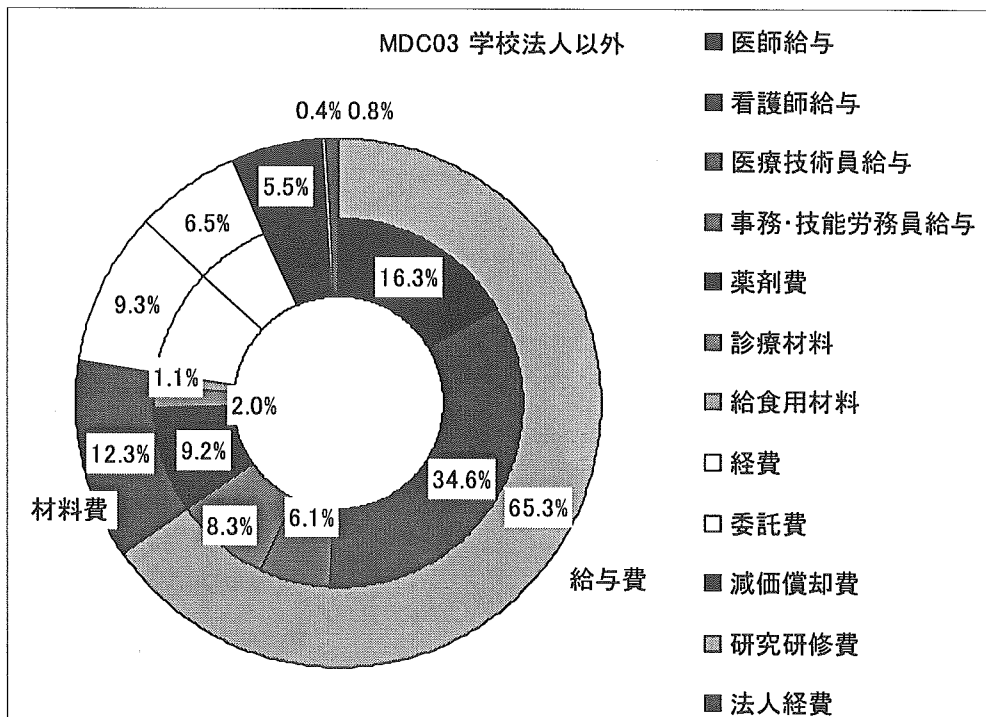


図 2.9: MDC03 学校法人以外の病院