

テラシーを持って望む姿勢を持つことを心がけ、報道側もその後押しをする役割は持っているとは個人的には考える。カナダやオーストラリア、イギリスに代表されるように、メディアリテラシーの概念を初等教育として導入していく制度構築が望まれる。まずはアメリカのように一部の市民団体を中心に啓蒙、普及を目指していき、それを増幅する形でメディアが後押しをした上で教育に取り込まれていくのが理想である。リテラシーを持った上で、本質をとらえることなくメディアを無批判的に攻撃することを避け、メディアによって行われていた医療に対する攻撃と破壊のような事態が起きメディア崩壊などという事態が起こらないことが望ましい。

昨今の医療状況とメディアの関わりに関してうかがったインタビュー内容から考えると、医療に対する不満・不信が患者さん、そのご家族を中心としてあったのは事実であり、メディアが医療を無批判的に攻撃していたのではなく、あくまでそういった声を増幅した結果として、様々な医療問題が噴出してきたということがわかった。医療機関や医療従事者がどういう状況に置かれているか、労働状況はどうか、といったことはこれまで公で大きく取り上げられることが少なく、一般に知られることが少なかった。メディアによる医療不信のあおりによって医療問題が噴出してきたことでむしろ、現状が広く知られるようになったといえる。事実、医療の置かれている状況が認知されてくるにつれてメディアの報道論調も変質してきており、数年前と現在の報道姿勢は大幅に異なっている。医療はあくまで社会の一部分にすぎないのであるから、すべての人に医療の現状を詳細に認識してもらうというのは不可能である。医療改革推進協議会で提案なされていたメディアドクターのような形で、メディアが代表する社会認識と、医療の現状の齟齬を修正していくことを繰り返すことによって、現状が少しずつ認知されていくのではないだろうか。

謝辞

お忙しい中インタビューに応じてくださった先生方、ご協力ありがとうございました。

本インタビューは厚生労働科学研究補助金・平成19年度第3次対がん総合戦略研究事業「社会学・心理学等との連携による国民のリテラシー向上と患者の納得形成に関する研究(H18-3次がん-011)」の研究の一環として行った。

参考文献

- 1) 小松秀樹、医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か、朝日新聞社、2006年5月
- 2) 鈴木みどり [編]、メディア・リテラシーを学ぶ人のために、世界思想社、1997年

がん医療報道のサンプル分析

分担研究者 中村利仁 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野助手

【要約】

メディアリテラシー教育の方法論を用いて、がん医療についての報道のサンプルを分析した。サンプルに於いてオーディエンスは警察および病院の判断を提供されるが、関与した個人の価値判断や批判的情報は入手できない状況におかれている。報道の意図は隠されている。また、医療過誤に於いて関与した医療者個人が刑事責任を追求されるという情報に接し、これを当然のことと見なすようなフレームが提供されていると考える。

A. 研究目的

がん医療報道を具体的に検討し、読者、報道関係者、医療従事者各々の立場でのリテラシー向上のヒントを提供する。

B. 研究方法

メディアリテラシー教育に於けるニュース報道の読解法に沿って、がん医療報道の実例を検討する。

【対象】：今回事例として採用したテキストは毎日新聞平成19年12月7日付記事「＜抗がん剤＞過剰投与で患者死亡、医師を送検へ…三重・松阪」である。（文献）1）

C. 研究結果

記事の形式では、本文は411文字で、記号を含んで29文字の見出しがつき、3段落に分けられている。文末に記者2名の署名がある。本紙全国版に於いての掲載面、位置、見出しの大きさについては情報が得られなかった。本文だけの面積としては40行足らずで、1段に換算すると紙幅の三分の二を占める。見出しの大きさや扱われる紙面が社会面か地方欄かにもよるが、分量としては紙面中程からやや下に置かれる記事と考えられる。

見出しでは、まず1. 抗がん剤の過剰投与があったこと、2. 患者が死亡したこと、3. 医師が送検される見込みであることが述べられ、最後に地名を添えてある。

ここでは、a. 抗がん剤の過剰投与がなされていることと、b. それで患者の直接的死亡の原因であるという因果関係が短い言葉で端的に示唆され、c. それに対して医師が送検されることに至る見込みであるという構成がされている。見出しには他に読解の余地はないように思われる。

ついで本文第1段落では、4. A病院に入院中の患者が抗がん剤を「過剰に」投与された後、5. 死亡したという事態の因果関係に言及しない経時的な表現が為されている。加えて、6. 県警捜査1課と所轄署が主治医一人を業務上過失致死容疑で書類送検する方針であることが述べられる。

ここは、d. 抗がん剤の投与量が過剰であったことが強調された段落となっているが、ただし、e. 因果関係の有無についての記者の判断は差し控えられる記述が取られている。

さらに本文第2段落では、7. 警察の取り調べ結果の公表に基づいて記事段落の書かれていることがまず述べられる。8. 次いで問題とされた抗がん剤が5-FUであること、9. 通常の1日

投与量が1000ミリグラムを1日4回に分けて投与されるべきregimenが採用されていたことが述べられる。ところが、10.医師のカルテへの記載の過誤により、11.1日投与量が4000ミリグラムを1日4回に分けて、12.(これはおそらく予定通り)5日間にわたって連日投与されたこと、13.これが原因となって主治医は患者を呼吸不全で死亡させた疑いであることが述べられる。

ここはあくまでも警察発表を単に伝えているということで、f.発表内容への論評は差し控えられている。g.結果として投与量の過剰であることは暗黙の了承が与えられている。

本文第3段落においては、14.病院からの情報提供による内容である旨が述べられた上で、15.主治医は看護師から投与量についての確認を求められたがこれを無視したこと、16.病院が県警に届け出たこと、17.警察が抗がん剤投与と患者死亡の間に因果関係があったと判断したこと、18.(文面は曖昧であるが)患者に直接に抗がん剤を投与した看護師については病院も、おそらく警察も責任を問わない方針であることが述べられている。

ここでは、h.病院が警察からの伝聞を含めて記者に伝えた内容が述べられ、i.投与量の誤りが主治医の記載ミスによって起こり、j.修正される機会が一度あったがそれが活かされなかったこと、k.因果関係の推定は警察の責任に於いてなされたこと、l.看護師をはじめとした他の病院関係者は責任を問われなかったことが述べられている。

D. 考察

メディアリテラシー教育においてニュース報道は以下のような中心となる基本概念によって分析される。

- ・すべてのメディアは構成されている。
- ・メディアは「現実」を構成する
- ・オーディエンスがメディアを解釈し、意味をつくりだす。
- ・メディアは商業的意味をもつ。
- ・メディアはものの考え方(イデオロギー)や価

値観を伝えている

- ・メディアは社会的・政治的意味をもつ。
 - ・メディアは独自の様式、芸術性、技法、きまり/約束事をもつ。
 - ・クリティカルにメディアを読むことは、創造性を高め、多様な形態でコミュニケーションを創り出す事へとつながる。
- (文献)2)

以下、これらのフレームに沿って分析を行う。

1) 現実の構成と期待されるオーディエンスの解釈

6. については、送検に当たって警察がどういう意見を付したかが述べられて居らず、オーディエンスが送検から公訴へという流れを予想するに任せられている。

9.と11.によって、当初予定よりも多いdoseが投与されたことは明らかであるが、抗がん剤の特性から、致死量が設定されていないこととその理由については既述されていない。「過剰」投与と死亡の因果関係については、17.の県警の判断が記されているのみで、記者独自の検討は記載されていない。

因果関係については警察の判断を追認することがメディアからオーディエンスに期待されていると考える。

記事中、登場する個人は亡くなった患者、主治医、主治医の過誤を事前に指摘した看護師、抗がん剤を投与した看護師(同一人物の可能性は否定されていない)の4名あるいは3名で、患者を除くと全員が病院職員である。患者と主治医については性別が、主治医については年齢も記載されている。看護師の性別と年齢は記載されていない。

看護師は若い女性というイメージを持つオーディエンスは少なくないと思われ、看護師に対して主治医の役務上の強い立場が強調される結果となっている。

個人は明確でないが、セクターに所属する人物の発言内容が記事中に引用されているのは、

県警、所轄警察署、病院の三者である。また、病院セクターで取材に応じた者は、個人として登場した病院職員ではないと推定できる。

組織の意見を代表する者については、全て組織が前面に出され、意思決定に当たった組織内個人の存在は隠されている。

この記事は12月初旬に書かれ、送検は12月中を予定されている。抗がん剤の投与が行われたのは同年の2月であることが明らかにされているが、死亡に至ったのが投与開始から何日目であったのかは明記されていない。ただし、投与が5日間続いたことが記載されており、死亡はそれ以降であることが推定できる。

患者の死亡は抗がん剤投与からまもなくであったことがオーディエンスに対して暗示されている。現実がどうであったのかは検討がない。ただし、呼吸不全による死亡であれば、その機序によっては投与直後の死亡という想定には無理がある。

記事は患者の死亡や送検の事実ではなく、送検の方針が定まったことを契機として執筆・掲載されたということが推定できるが、他の多くの事件・記事の中から選択されて、なぜこの時期にこの記事が掲載されたのか、その目的は必ずしも明らかでない。

記者発表・記者会見が為されたのか否か、また、記者が独自取材を行ったのかは明記されていない。

情報提供者の意図は隠されている。情報の信頼性の検討が行われたのか否かは明らかでない。

2) 価値観と意味づけ

病院と警察への取材を通して得た情報を加工して記事が書かれている以上、両者にとって有利と考えられる情報は開示されていても、不利な情報については記事で扱われていないであろう事が推定できる。患者遺族、主治医、看護師のコメントは掲載されて居らず、彼等に対して取材が行われたのか、発言の機会が与えられたのか否かは明らかでない。特に事実関係

について、因果関係の推定について、直接関与した人物がどう認識しているのかについての記載はない。

この記事は警察と病院の組織の価値観を代表している。

オーディエンスはこれらの価値観のみを提供される。患者及びその遺族、主治医、看護師の価値観に接する機会は提供されていない。

この記事によって誰がどのような商業的利益・非商業的利益を受けるのかは必ずしも明らかでない。少なくとも実名を報道された病院は、有形無形の損害を被ることが予想できる。

オーディエンスは、抗がん剤の「過剰」投与によって死ぬはずのない患者が死に、主治医が警察に責任を追及される事態に陥っていることを知ったと感じる。今後、もし同様のことがあれば、同じように警察が責任の追及をすることを期待する可能性がある。さらに同様の理由で、記事中で送検はそのまま公訴を暗示しているため、同様の医療過誤について刑事訴訟の行われることが期待されるであろう事も予想される。

なお、見出しは因果関係について断定的であって他の解釈を許さないが、記事本文中ではより慎重な記述が為されている。

3) 医学的検討

以下、メディアリテラシーの問題を離れ、医学的検討を行う。

一般に抗がん剤には致死量は設定されない。少量でも死に至る可能性のある副作用の起きることは決して珍しい事象ではない。確かに現在通常採用されている多くのregimenで、5-FUの一日投与量は350～800mg/m²/dayとしている。これらは低用量と称される。(たとえば(文献)3)がある。)

しかしながら、過去に5-FU超大量投与のregimenもあり、実際に用いられてもいた。

たとえ過誤があったことが否定できなかつたとしても、抗がん剤の投与と死亡の因果関係の証明はさほど容易ではない。

また、この記事ですら、主治医の犯したと

される過誤を一度は修正する機会があったことが明らかである。ヒューマンエラーへの対応策は病院のシステムによるしか方法がないというのが医療安全対策に従事する関係者の間のコンセンサスであるが、そういう意味で、この事例に於いて主治医個人の刑事罰を追求することには医学的根拠はないと考える。

E. 結論

がん医療についての報道のサンプルを分析した。サンプルに於いてオーディエンスは警察および病院の判断を提供されるが、関与した個人の価値判断や批判的情報は入手できない状況におかれている。また、医療過誤に於いて関与した医療者個人が刑事責任を追求されるという情報に接し、これを当然のことと見なすようなフレームが提供されている。

【文献】

1) 飯田和樹、岡大介：「＜抗がん剤＞過剰投与で患者死亡、医師を送検へ…三重・松阪」毎日新聞、平成19年12月7日

<http://www.mainichi.co.jp/universalon/news/prt/1207m173-402.html>
(2007-12-07-02:34)

2) 鈴木みどり：新版Study Guide メディアリテラシー【入門編】、P97-119、リベルタ出版、2004年

3) 初回化学療法不応（フッ化ピリミジン系抗がん剤を含む化学療法に対して不応）の腹膜転移を有する進行・再発胃癌に対するbest available 5-FU療法 vs Paclitaxel少量分割療法によるランダム化第II相試験（JCOG0407）

<https://center.umin.ac.jp/cgi-open-bin/ctr/ctr.cgi?function=brows&action=brows&recptno=R000000205&type=summary&language=J>

F. 健康危険情報

とくになし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

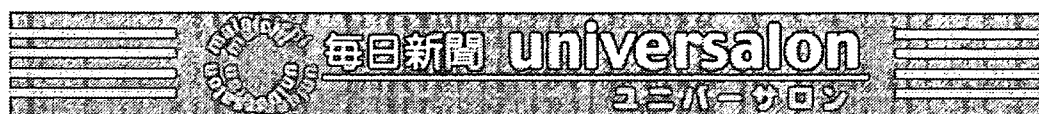
なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし



今日のニュース

<抗がん剤>過剰投与で患者死亡、医師を送検へ…三重・松阪

三重県松阪市の「松阪中央総合病院」に入院中の男性患者が今年2月、抗がん剤を過剰に投与された後に死亡した問題で、県警捜査1課と松阪署は、30代の男性主治医1人を今月中にも業務上過失致死容疑で書類送検する方針を固めた。

調べによると、男性主治医は男性入院患者に抗がん剤「5-FU」を投与する際、通常1日1000ミリグラムを4回に分けて投与するところ、計4000ミリグラムを投与するように誤ってカルテに記載。5日間にわたって記載通りに抗がん剤を投与された男性患者を呼吸不全で死亡させた疑い。

病院によると、男性主治医は、男性患者の入院初日に、看護師から「投与する量が多いのではないか」との指摘を受けたが、自分が記載したカルテを確認していなかった。県警は病院側の届け出を受けて捜査。抗がん剤の過剰投与と男性患者の死亡との因果関係があると判断した。実際に抗がん剤を投与した看護師については、指示に従っただけとして責任を問わない方針。【飯田和樹、岡大介】

[毎日新聞12月7日] (2007-12-07-02:34)

[毎日新聞2007年12月07日]

INDEX		BACK	
HOME	イベント	アクション	夢のけいたい
クリッピング	レポート	インタビュー	フリートーク

産婦人科患者のリテラシー研究

分担研究者 佐藤 章 福島県立医科大学産科婦人科学教授

分担研究者 松村有子 東京大学医科学研究所助教

研究要旨

出産・分娩を扱ったホームページによる情報提供の特徴は以下のように整理される。女性に好まれるデザインや色調でありターゲットは女性である。提供者は企業、出産経験者が約半数ずつを占める。行政や学会や医療関係者による提供は少ない。内容は出産準備やライフスタイルなど多岐にわたり情報量が多い。検査内容の説明や妊娠中の母体の症状の解説と対処法、胎児の発育、妊娠中注意すべき点、など細やかな解説がなされている。口コミ情報掲示板、閲覧者同士の質問コーナーも充実している。しかし、説明内容には不特定多数の妊婦に過度の不安を与えない配慮が同われ、例えば高齢出産のリスクや周産期の母児のリスクに関する説明はほとんどなく、説明文中にも希望的な表現が使われていた。ホームページ提供の情報からは、不幸にして経過が順調でない場合についての情報は得にくい。このため「このページを読んで準備万端整えれば、安心」という認識が形成される。一方、新聞報道等では、母胎の周産期死亡例の訴訟記事が頻繁にとりあげられている。このため、ホームページ掲載内容と実際の経過や対応との間に乖離がある場合、妊婦の病院に対する不信感や不安が増大しやすい。出産のリスクや日本の産科医療の現状について、特に妊婦以外の家族や男性を対象とした啓蒙的な情報は乏しい。このため、実際の妊娠出産は必ずしも順調にいかないことがあることを、さらに情報提供していく必要がある。

A. 研究目的

産科医療体制を存続させるためには、産科医療問題を国民が正しく理解すること、分娩リスクを当人のみでなく周囲も理解すること、妊婦と関係者の適切な周産期管理が行われることが必須である。妊娠・出産に関する情報に関する調査を行い、問題点を明らかにし、解決方法を探る。出産世代はインターネットによる情報収集を頻繁に行っている世代であるため、まずインターネットによる情報について調査を行う。

B. 研究方法

Google 検索、Yahoo 検索で、「出産」(妊娠、分娩)のキーワード検索を行い、上位50位のウェブサイトを出し、ホームページの運営者、ホームページにおける情報提供の内容、形式、

情報提供者、それぞれのホームページの特徴について、カテゴリ分類を行った。出産時の重篤な合併症、前置胎盤、弛緩出血、癒着胎盤などについても検索し、得られる情報を整理した。

(倫理面への配慮)

本研究ではウェブサイト上の個人情報の取扱について個人情報の保護に関する法律を遵守した。

C. 研究結果

2007年10月、「出産」で検索し、上位50位にランクされたウェブサイトの分類を行った。リンク検索ページのみウェブサイト、通信販売のみウェブサイトは除外した。

ホームページの運営者を[企業・NPO法人、

個人(非医療提供者)、個人(医療提供者=助産師、医師など)、行政、学会・医会]にカテゴリ分類した。その結果、48%が個人(非医療経験者)が自分の経験をもとに情報収集・提供したホームページ、38%は企業・NPO法人であった。助産師によるホームページが4%、行政(厚生労働省、社会保険庁)によるお知らせの掲示が4%、医院が2%(代理母について)、医会が2%を占めるのみであった。運営者と情報提供者はほぼ一致していた。企業のホームページでは医学的説明について医師の監修を経ていることが多かった。個人のホームページでは、「個人的な経験に基づく記載であり、医学的現実性を保証しない」と明記されていた。医療関係者以外の個人が運営しているホームページで、運営者のプロフィールを検討した結果、その全員が、数年前に出産を経験し、自身の妊娠・出産体験をもとに、情報提供ページを作成していた。夫単独で作成している例は2サイト、妻のホームページ作成に夫が協力していると書かれており夫からの情報提供があるサイトは3あった。

企業によるサイトの8割と、個人のサイトの半数において、スポンサーが表示されていた。スポンサーは育児用品、通信販売が多かった。

内容に関しては、妊娠出産中の用語解説、妊娠出産の時期別の心身の変化の解説、妊婦からみた症状の説明と対処方法、妊娠中の母体のケア、準備する物品、体験談、口コミ情報の掲示が大多数であった。個人のウェブサイトの100%に体験談が情報提供されていた。

口コミ情報掲示板が設置されているウェブサイトは72%に及び、活発な情報交換がなされていた。

妊娠や出産の際の合併症について何らかの解説がなされていたホームページは調査した50ウェブサイト中15であったが、その説明内容や口コミ情報の内容は概ね軽症であり「適切に対応をしてもらえば、心配いりません」のように記載されていた。

分娩施設の検索や口コミ情報が掲載されて

いるウェブサイトは、12%であった。個々の分娩施設情報はないが、出産場所を選ぶ際のチェックポイントなどが記述されたウェブサイトを含めると26%であった。しかし、ここ2、3年の間にマスメディアにも多く取り上げられている、分娩施設の減少や産婦人科医の減少、医療従事者の過酷な勤務実態等について触れられていたウェブサイトは50サイト中2サイトしか存在しなかった。

D. 考察

出産・分娩を扱い、検索により上位にランクされるホームページの特徴について、考察した。

ホームページ全般の特徴として、どれもが女性に好まれるデザインや色調であり、閲覧者のターゲットは女性であることがわかる。

ホームページの運営者は企業、出産経験者の非医療従事者が併せて86%を占める。医療提供者による、ウェブサイトは助産師が個人的に運営している2サイトのみであった。行政は広報のみを掲載しており、妊娠出産情報提供量は少ない。学会のページは検索で上位にランクされず、医会のページが50位以内に入ったが、情報量はQ&Aのコーナーのみで比較的簡素であった。

ウェブサイトで提供される情報の内容は出産準備やライフスタイルなど多岐にわたっており、非常に多くの綱目が時期別に分類されている。情報量が多い。検査内容の説明や妊娠中の母体の症状の解説と対処法、胎児の発育、妊娠中注意すべき点、など細やかな解説がなされている。ターゲットが妊婦であり、妊婦の側にたった説明がなされている。

口コミ情報掲示板、閲覧者同士の質問コーナーも充実している。

合併症についての用語解説は行われている。しかし説明内容には不特定多数の妊婦に過度の不安を与えない配慮が伺われ、例えば高齢出産のリスクや周産期の母児のリスクに関する説明はほとんどなく、説明文中にも希望的な表現が使われていた。ホームページ提供の情報か

らは、不幸にして経過が順調でない場合についての情報は得にくい。

このため「このページを読んで準備万端整えれば、安心」という認識が形成されてしまう可能性がある。医療提供側に対する期待感も過度の期待を持ってしまう可能性がある。一方、新聞報道等では、母胎の周産期死亡例の訴訟記事が頻繁にとりあげられている。このため、ホームページ掲載内容と実際の経過や対応との間に乖離がある場合、妊婦の病院に対する不信感や不安が増大しやすい。また、行政や医療提供者側による情報提供は検索上位にはなかった。出産にかかわるリスクや日本の産科医療の現状について、特に妊婦以外の家族や男性を対象とした啓蒙的な情報は乏しい。

E. 結論

妊婦を対象とした、妊娠・分娩・出産に関する情報は、インターネットで豊富に得られる。それぞれのウェブサイトは、非常に情報量が多い。検索や閲覧者同士の質問コーナーも充実している。ウェブサイトの提供者は企業、出産経験者が9割を占めていた。一方で行政や医療提供者側による分娩時の情報提供、日本の産科医療に関する問題、出産の母体リスク等について紹介したページは検索上位にはランクされなかった。また妊産婦本人以外の家族や男性を対象とした啓蒙が乏しいことが明らかになった。

このため、実際の妊娠出産はウェブサイトにあるモデルケースのように進行しないこと、実際の産科医療はモデルケースと違い順調でないことも多々あるということ、理解してもらう必要がある。

F. 健康危険情報

該当なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

Y Yokoyama, T Moriya, T Takano, T Shoji, O Takahashi, K Nakahara, N Yaegashi

Okamura, T Izutsu, T Sugiyama, T Tnaka, A Sato, T Tase, and H Mizunuma., Clinical outcome and risk factors for recurrence in borderline ovarian tumours. British Journal Cencer 2006;94:1586-1591.

森村豊、菅野薫、佐藤章 子宮がん検診の隔年化に伴う受診状況の変遷 日本がん検診・診断学会誌 2007;14:169-175

森村豊、添田周、寅磐亮子、佐藤美賀子、伊藤真理子、高橋一弘、菅野薫、鈴木仁、山田秀和、佐藤章 子宮がん施設検診の問題点 福島医学雑誌 2007;57:1-7

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

高齢者がん患者の情報研究

分担研究者 宮腰重三郎 東京都老人医療センター血液科医長

研究要旨

高齢者がん時患者の情報研究には、患者や家族の情報リテラシーのみならず、医師や看護師をはじめとしたスタッフの情報リテラシーも重要であることが判明した。また、病状が安定すると患者や家族は、さらなる情報収集をしなくなることが判明した。

A. 研究目的

担当看護師に意識を踏まえた高齢者がん患者への病状説明・告知に関するリテラシーの研究

B. 研究方法

目的と方法:

- ①入院時の病気の受け止め方、予後告知の希望を聞き取り法で調査
- ②看護師の予後告知への取り組み状態について聴取
- ③入院後の予後に対する意識の変化を聞き取り法で調査
- ④予後告知による目標達成(患者および家族の意志に沿った最期を迎えられるようにすること)、非達成症例(意志に沿った最後であったかが不明であること)の検討

調査対象:

2007年4月から12月までに、当科外来受診し、外来にて病名告知を受け入院し、調査期間中に当科初診入院、死亡した9症例。

対象担当看護師は、研究機関の当科病棟に勤務した19名。

(倫理面での配慮)

患者症例に対する聞き取り: 患者本人や家族の病状理解の程度を把握し、予後告知の希望を医療者側が認知する、配慮として日常的な

診療行為として行う内容の範囲内で施行。

看護師の予後告知への取り組み状態について: 病棟カンファレンスにおいて、症例に関するディスカッションをチーム医療の一環として行っており、担当看護師の取り組みもチームが共有している。

C. 研究結果

対象症例の平均年齢は72.3歳、病気の内訳は、急性骨髄性白血病5例、悪性リンパ腫3例、多発性骨髄腫1例であった。

担当看護師の年齢構成は20歳代、30歳代及び40歳代それぞれ、5人、9人、5人であった。

①入院時の患者本人の病気の受け止め方は、9名全例「治すしかない」「覚悟はしている」と希望を持っていた。しかし、インターネット等で入院前に情報収集してきた症例は3例のみであった。

さらに予後告知への希望は、9名中7名であったが、他2名は「治らないなら聞きたくない」「余命までは知りたくない」との回答であった。

特に、予後告知希望の7例中5例で、家族が反対しても知りたいと強い希望を持っていた。うち4人はそのことを家族には伝えていなかった。

②担当看護師も患者へ意志確認を行うことに対して、積極的取り組む意志を示したスタッフは19人中10人であった。積極的な意志を示さ

なかった理由として、「患者を支える自信がない」や「患者と二人でどのように接した方がいいのかわからない」で、医療経験年数が浅い、若いスタッフに多かった(20歳代5人、30歳代3人および40歳代1人)。

③9例中8例で、治療効果により、退院や外泊が可能となると、予後についての話はなかった。

また、退院、外泊中にあらたに情報収集を施行した症例はなかった。

④9例中3例は、医療スタッフと患者および家族との情報が十分に共有でき、目標を達成できた。3例に共通したことは、頻回に患者/家族と医療者との面談ができたことであった。9例中6例は目標非達成で、受持ち看護師が、医師と患者の意志の確認など伝令の役割を果たすことが多くなり、また、患者側からは若い看護師に相談できない情報も多々持っているものの、その情報を提供することができない状況に陥り、両者ともにジレンマに陥っていた症例であった。さらに6例は家族の都合で、頻回に面談ができず、クリティカルな状況を説明するにとどまった。

D. 考察

症例数が少ないのは、高齢者特有の合併症である認知症がなく、医師や看護師の説明が、単独で理解できる症例が少ないことがと思われる。

高齢者がん患者の情報研究を施行するには、患者および家族と接する時間は、圧倒的に看護師が多くの時間を割き、日常会話をより多くしていることより、患者本人および家族の情報リテラシーも重要であるが、医療者側の情報研究が重要であると考えられた。医療経験年数が、患者を支える重要な因子になったが、つまりそれは、人生経験年数そのものであると考えられる。残念ながら、現在の日本の看護環境の厳しさから、長期にわたり仕事をすることが難しく、いわゆるベテラン看護師不在の医療が進行している。これからの高齢者がん患者の医療には、多彩な人員構成のチーム医療が重要

であると思われた。また、病状が安定すると新たな情報収集を施行しないことが多かった。これは、ある面残された個人の時間を有効に使用したと考えることができる。残念ながら、当院ではターミナルケアを行っておらず、ターミナルになる前から、徐々にターミナルケアも含めた医療体制が望まれる。

E. 結論

高齢者がん患者の情報研究を通して、患者や家族の情報収集・伝達のみならず、医師や看護師をはじめとしたスタッフの情報伝達・収集も重要であることが判明した。

F. 健康危険情報

該当なし。

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

血液腫瘍患者における医療経済学研究

分担研究者 小松恒彦 筑波記念病院血液内科部長

研究要旨

DPC対応クリティカルパスを基に「血液内科 医業収益シミュレーション」ソフトのデモ版を開発した。パス種類と入院医療費の算定方式に応じたレジメン毎の収益、および血液内科全体の医業収益を推計する事が可能である。

A. 研究目的

Diagnosis Procedure Combination (以下DPC)の導入により、従来とは異なる医業経営手法が求められている。そのため、クリティカルパス(以下パス)も単なる医療手順書ではなく、DPCや外来化学療法に対応した形への進化が求められている。分担研究者が作成したDPC対応パスを基に、コンピューターソフト開発業者と「血液内科医業収益シミュレーションソフト」デモ版の共同開発を行った。

B. 研究方法

代表的な血液がんである、悪性リンパ腫(以下ML)と急性骨髄性白血病(以下AML)に対する、がん化学療法におけるDPC対応クリティカルパスを作成した。対象となったパスを以下に記す;1) ホジキンリンパ腫に対するABVD療法、2) MLに対するBiweekly CHOP療法、3) MLに対するR-FND療法、4) MLに対するR-CHOP療法、5) AMLに対する寛解導入療法(60歳以上)、6-8) AMLに対する地固め療法#1-3(60歳以上)、9) AMLに対する寛解導入療法(60歳未満)、10) AMLに対するS-HAM療法、11) AMLに対するHAM療法、12) AMLに対するHDAC療法。

医療施設の状況として;状況I:DPC非対応入院パス使用、出来高算定、状況II:DPC非対応入院パス使用、DPC算定、状況III:DPC

対応入院パス使用、DPC算定、状況IV:DPC対応入院パス+外来化学療法、DPC算定、の4区分とした。病院情報として、病院種別(特定機能、専門、一般)、病院規模(200床以上、100-200床、100床未満)、看護配置(7:1, 10:1, 13:1)、原価率、を入力する。患者情報として、年齢群(70歳未満または以上)、所得区分(上位、一般、低)を入力する。何れも、医業収入、原価(検査費、薬剤費、人件費、食費)を考慮し、収益の変化を算出した。ソフト開発は、クレコンリサーチアンドコンサルティング株式会社と共同で行った。

C. 研究結果

多様なパラメーターが出力されるが、主にパス毎の収益差額について報告する。状況Iから状況II-IVへの移行、状況IIから状況III-IVへの移行、状況IIIから状況IVへの移行に伴う収益の差額が、想定される患者数と連動し、パス(1)~(12)において算出される。このうち患者数が多く、外来移行率も高いR-CHOP療法において総医療費(単位千円)は70歳未満では、II(5,658)>III(4,969)>I(4,400)>>IV(2,836)であった。患者支払額は、IV(480)>I=II(400)>III(240)であった。最も古典的な状況Iと、進んだ状況IVで比較すると、患者1人あたりの収益は状況IVで、742千円の減益となる。状況IVは状況Iに比べ、患者支払総

額は若干多いが、患者1人あたりの入院日数は著しく短縮し、総医療費も少ない。これにより患者の集約化が進み、総患者数が3倍程度まで増加すると、増益に転ずる。急性骨髄性白血病では、通常外来治療は行われないため状況Iと状況IIIの比較となる。白血病では悪性リンパ腫のように入院期間を大幅に短縮し患者総数を増加させる事は困難なため、平成18年度に設定されたDPCでは、若年者では減益、高齢者では増益、であった。ただし血液がん領域においては、DPC対象疾患、DPC点数の大幅な変更がしばしば行われるため(例えば、現在AMLはDPC対象外)、医業経営者は留意が必要である。

D. 考察

がん医療においては、集約化されるべき医療と地域に根ざした医療(特に高齢者において)、双方が必要である。明確な線引きは困難であるが、手術など侵襲が大きく技術を要する医療、放射線照射など高額な医療機器を必要とする医療、血液がん化学療法や造血幹細胞移植など重篤な合併症の多い医療、などが集約化の主たる対象と考えられる。今回検討した悪性リンパ腫、急性骨髄性白血病は、罹患患者数は多くはないが、化学療法等により完全寛解、治癒の可能性が高く、集約化の対象と考えられる。また、外来化学療法への移行が比較的容易な悪性リンパ腫と、ほぼ全てが入院治療で行われる急性骨髄性白血病と、治療方法としても対照的である。今回の検討から悪性リンパ腫は集約化に伴うスケールメリットが得られ易い事が判明した。しかし、平成18年度のDPC点数では、状況Iの約3倍の患者数を診療しなければ状況IVでは減益となる。人口10万人あたり悪性リンパ腫の発症率を7人とし、集約化された1病院が年間100人の新規患者を診療すると仮定すると、約150万人あたり1病院となる。この数値は、おそらく日本の現状と乖離している。現行制度下で総医療費を減らし、しかも医療の質を保つためには他の選択肢が見当たらない。

い。方向性としては、血液がん専門医が集約化される事で、必然的にその病院には急性白血病を始めとする血液がん患者全般が集約化されると考えられる。しかし、それが国民の最終的な利益に繋がるのかは筆者には判断できない。

E. 結論

本ソフトの開発により、血液がん化学療法の医業収益のシミュレーションが可能となり、目指す状況も明確となった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

血液内科医業収益シミュレーションソフトについて

クレコンリサーチアンドコンサルティング株式会社
医療アセスメント研究部

2008年2月25日

本ソフトの概要

1. 本ソフトは...

悪性リンパ腫および白血病の化学療法にクリティカルパスを使用した場合に予想される医業収益をシミュレーションし、使用するパス種類と入院医療費の算定方式(出来高払いと包括払い)に応じた各レジメンの収益、及び血液内科全体の医業収益を推計します。

2. パス種類と算定方式

本ソフトはDPC非対応パス(DPCの入院期間を考慮しておらず、全コースを入院で実施)とDPC対応パス(DPCの入院期間を考慮し、各コースを可能な限り包括対象期間内で退院させる)の2種類のパスを想定しています*1。また入院医療費の算定方式は、出来高払いと包括払いの2種類を想定しております。

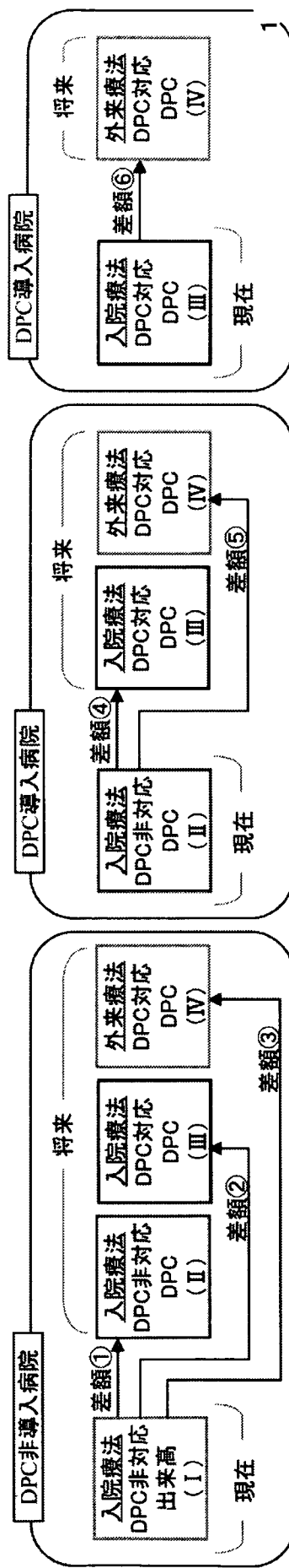
3. 本ソフトで推計可能な組み合わせと対応する出力画面の該当番号

治療方法	入院療法		外来療法
	DPC非対応	DPC対応	
クリティカルパス		DPC対応	DPC対応*2
入院医療費の算定方式	出来高	DPC	DPC*3
	出力画面の該当番号	I	II
		III	IV

- *1: 入院期間以外の相違点は、DPC非対応パスでは入院後に検査(リンパ腫は腹胸部CT,胃カメラ、骨髄穿刺、白血球は骨髄穿刺)を行います、DPC対応パスでは入院前に行います。そのほかの治療内容は同じです。
- *2: 1コース目以外の化学療法は全て外来で実施し、治療内容は入院化学療法と同じです。
- *3: 1コース目の入院療法はDPCで算定し、外来療法は出来高算定としています。

4. 収益シミュレーション可能なケース

今の状態から異なる組み合わせへ移行した場合の、予想患者数を推計し、現在と将来の収益と差額を表示します。本ソフトでは、下記の6種類のケースについてシミュレーション可能です。



画面説明 1. 情報入力画面 ①全体

この画面で登録された情報に基づき各クリティカルパスの収益シミュレーションを行います。シミュレーション結果は別画面に表示します。

情報入力画面

病院情報

病院種別 一般病院

病棟数 100~200床未満

看護配置

原価率

薬価 93.1 %

処方費 93.1 %

入院時食事療養費 93.1 %

副作用発現率

リンパ腫

No.	クリティカルパス	嘔気、嘔吐	がしんがうによる嘔気	アリアによる嘔気 (30日以上)	呼吸困難発現	力アチカチ出風	発熱
1	ABVD	35.5	10.0	5.0	5.5		
2	Brentanly CHOP	10.0					30.0
3	R-FND	5.0				10.0	5.0
4	R-CHOP	5.0				10.0	5.0

白血病

No.	クリティカルパス	嘔気、嘔吐 (血が5割未満)	嘔気、嘔吐 (血が5割未満)	発熱
5	50歳以上 寛解導入療法	60.0	20.0	100.0
6	50歳以上 他剤の1	60.0	20.0	100.0
7	50歳以上 他剤の2	60.0	20.0	80.0
8	50歳未満 寛解導入療法	40.0	20.0	60.0

年間推定患者数

No.	クリティカルパス	DPC非対応パス		DPC対応パス		外来化学療法を導入した場合	
		入院患者数(人)	入院患者数増加分	入院患者数(人)	入院患者数(人)	外来患者数(人)	外来患者数(人)
1	ABVD	100	300%	400	70	30%	500
2	Brentanly CHOP	100	0%	100	80	20%	120
3	R-FND	100	500%	600	90	10%	550
4	R-CHOP	100	100%	200	0	100%	900

副作用発現率 (%)

【病院情報】 病院種別、病院規模、看護配置を選択します。
 【原価率】 薬剤、臨床検査、入院時の食事の原価率を入力します。
 【副作用発現率】 クリティカルパスごとに各副作用の発現率を入力します。

【年間推定患者数】 クリティカルパスの種類別(DPC非対応パス、DPC対応パス、外来療法パス)にパスを実施した場合に推定される患者数を入力します。ここで入力された患者数を元に年間収益の推定を行います。 ※詳細はp.3をご参照ください。

【計算】ボタン 入力情報を基に各クリティカルパスの収益シミュレーションを開始します。

※

推定入院患者数の一括入力
 DPC非対応パス→DPC対応パス
 DPC非対応パス→外来療法
 DPC対応パス→外来療法

画面説明 1. 情報入力画面 ② 推定患者数

クリティカルパスの種類別に推定入院患者数、外来患者数を登録します。登録された患者数を元に医療収益を推定します。

【DPC非対応パス】使用時の推定入院患者数を入力します。
※ボタンによる一括入力も可能です。

【DPC対応パス】使用時の推定入院患者数を入力します。
※ボタンによる一括入力も可能です。

年間推定患者数 No.クリティカルパス リソパス	DPC非対応パス		DPC対応パス		外来化学療法を導入した場合	
	入院患者数(人)	入院患者増加率	入院患者数(人)	入院患者増加率	外来移行率	外来療法(人)
1 ABVD	100	300%	400	30%	70	300
2 Biweekly CHOP	100	0%	100	20%	80	120
3 R-END	100	500%	600	10%	90	250
4 R-CHOP	100	100%	200	100%	0	900
白細胞					D	E
5 60歳以上 寛解導入療法	100	0%	100			
6 60歳以上 第1回め1	100	0%	100			
7 60歳以上 第1回め2	100	0%	100			
8 60歳以上 第1回め3	100	0%	100			
9 60歳未満 寛解導入療法	100	0%	100			
10 S-HAM療法55歳未満	100	0%	100			
11 HAM療法55-59歳	100	0%	100			
12 60歳未満HDAC療法 第1回め2,3	100	0%	100			

推定入院患者数の一括入力
DPC非対応パス→DPC対応パス
増加率から入院患者数を推定します。
DPC非対応パス→外来療法を実施した場合の外来療法への移行率から入院患者数を推定します。
DPC対応パス→外来療法を実施した場合の外来療法への移行率から入院患者数を推定します。

【DPC非対応パス】から【DPC対応パス】に移行する場合に推定される入院患者の増加割合を入力します。

【DPC非対応パス】または【DPC対応パス】から【外来療法】に移行する場合に推定される外来療法への移行割合を入力します。

例) ABVD: 外来療法実施時の入院療法280人＝
DPC対応入院療法400人－(DPC対応入院療法400人×外来移行率30%)

※【DPC対応パス】から【外来療法】に移行する場合のDPC対応パス→外来療法ボタンによる患者数。

DPC非対応パス 入院療法(人)	DPC対応パス		外来化学療法を導入した場合	
	入院患者増加率	入院療法(人)	外来移行率	外来療法(人)
100	300%	400	30%	280
100	0%	100	20%	80
100	500%	600	10%	540
100	100%	200	100%	0

【推定患者数の一括入力】
パス移行率または患者増加率から将来の入院患者数を計算して一括入力します。

DPC非対応パス→DPC対応パス: 【DPC非対応パス】から【DPC対応パス】への移行した場合に推定される入院患者増加率 [B] と移行前の入院患者数 [A] から、【DPC対応パス】実施時の入院患者数を計算 [C] に表示します。
例) ABVD: DPC対応パス入院療法400人＝
DPC非対応入院療法100人+DPC非対応入院療法100人×増加率300%

DPC非対応パス→外来療法: 【DPC非対応パス】から【外来療法】への移行率 [D] を元に外来化学療法実施時の入院患者数 [E] を一括入力します。
例) ABVD:
外来療法実施時の入院療法70人＝
DPC非対応入院療法100人－DPC非対応入院療法100人×外来移行率30%

DPC対応パス→外来療法: 【DPC対応パス】から【外来療法】への移行率 [D] を元に外来化学療法実施時の入院患者数 [E] を一括入力します。

※図はDPC非対応パス→外来療法ボタン押下の場合で【DPC非対応パス】から【外来療法】に移行する患者数を示しています。DPC対応パス→外来療法ボタン押下の場合は左図の通りです。

画面説明 1. 情報入力画面 ②推定患者数 補足

クリティカルパスの種類別に推定入院患者数、外来患者数を登録します。登録された患者数を元に医療収益を推定します。

年間推定患者数	DPC非対応パス		DPC対応パス		外来化学療法を導入した場合	
	入院患者数(人)	入院患者増加率	入院患者数(人)	入院患者増加率	入院患者数(人)	外来患者数(人)
リンパ腫						
1 ABVD	100	300%	400	70	300	
2 Biveckly CHOP	100	0%	100	80	120	
3 R-FND	100	500%	600	90	350	
4 R-CHOP	100	100%	200	0	900	
白血病						
5 60歳以上 寛解導入療法	100	0%	100			
6 60歳以上 地固め1	100	0%	100			
7 60歳以上 地固め2	100	0%	100			
8 60歳以上 地固め3	100	0%	100			
9 60歳未満 寛解導入療法	100	0%	100			
10 S-HAM療法55歳未満	100	0%	100			
11 HAM療法55-69歳	100	0%	100			
12 60歳未満HDAR療法 地固め2,3	100	0%	100			

標準入院患者数の一括入力

DPC非対応パス→DPC対応パス 増加率から入院患者数を推定します。

DPC非対応パス→外来療法 増加率から入院患者数を推定します。

DPC対応パス→外来療法 増加率から入院患者数を推定します。

外来患者数はボタンによる一括入力はありません。手入力のみです。

パス移行後の推定入院患者数

400 人 = 100 人 + 100 人 × 300 %
 70 人 = 100 人 - 100 人 × 30 %
 280 人 = 400 人 - 400 人 × 30 %

- ボタン
DPC非対応パス→DPC対応パス
- DPC非対応パス→外来療法
- DPC対応パス→外来療法

推定入院患者数はボタンによる一括入力のほか、直接入力も可能です。患者増加率、外来移行率、外来患者数については、直接入力のみです。

【DPC対応パス】から【外来療法】に移行する場合は、DPC対応パス→外来療法 ボタンをクリックしてパス外来パス移行後の入院患者数を一括入力します。

年間推定患者数	DPC非対応パス		DPC対応パス		外来化学療法を導入した場合	
	入院患者数(人)	入院患者増加率	入院患者数(人)	入院患者増加率	入院患者数(人)	外来患者数(人)
リンパ腫						
1 ABVD	100	300%	400	280	300	
2 Biveckly CHOP	100	0%	100	80	120	
3 R-FND	100	500%	600	540	350	
4 R-CHOP	100	100%	200	0	900	
白血病						

外来患者数は手入力のみ。

画面説明 2. 出力画面(年間) ①全体

各クリティカルパスのシミュレーション結果を病院単位/年間で表示します。

25. シミュレーション結果(年間) (全年度)

シミュレーション結果(年間) (全年度)	シミュレーション結果(年間) (全年度)	シミュレーション結果(年間) (全年度)	シミュレーション結果(年間) (全年度)	シミュレーション結果(年間) (全年度)
1. 入院患者数	354.61	156.05	126.10	361.26
2. 手術患者数	261.04	47.88	33.64	268.41
3. 手術患者数	452.46	42.82	293.94	167.97
4. 手術患者数	429.32	264.61	141.93	355.83
5. 手術患者数	1547.13	1547.13	670.02	3287.17
6. 手術患者数	135.85	92.33	36.25	158.03
7. 手術患者数	121.46	86.21	36.24	158.04
8. 手術患者数	121.46	86.21	36.24	158.04
9. 手術患者数	127.64	81.08	35.18	158.04
10. 手術患者数	156.49	131.93	34.56	158.04
11. 手術患者数	294.86	184.27	128.99	272.43
12. 手術患者数	309.79	174.88	135.91	272.43
13. 手術患者数	289.96	189.20	102.68	264.85
14. 手術患者数	1597.71	1597.71	144.19	1597.9
15. 手術患者数	281.23	157.47	128.25	345.72
16. 手術患者数	243.85	134.63	101.65	319.48
17. 手術患者数	615.11	265.88	111.39	589.84
18. 手術患者数	0.00	0.00	0.00	0.00
19. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
20. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
21. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
22. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
23. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
24. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
25. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
26. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
27. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
28. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
29. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
30. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
31. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
32. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
33. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
34. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
35. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
36. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
37. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
38. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
39. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
40. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
41. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
42. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
43. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
44. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
45. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
46. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
47. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
48. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2
49. 手術患者数	1,059.2	670.2	427.9	1,081.6
50. 手術患者数	407.6	427.9	1,081.6	670.2

【シミュレーション結果 総額】

入力画面で登録された推定患者数でシミュレーションしたクリティカルパス種類の医療収入、原価、収益を表示します。
※詳細はp.6をご参照ください。

【シミュレーション結果 原価内訳】

入力画面で登録された推定患者数でシミュレーションしたクリティカルパス種類の検査費、薬剤費、人件費、入院時食事の原価を表示します。
※詳細はp.7をご参照ください。

【収益の差額】

クリティカルパスの収益を種類別に比較して、差額を表示します。
クリティカルパス毎と疾患別(リンパ腫、白血病)の差額を表示しています。
※詳細はp.7をご参照ください。

26. 入院患者数

シミュレーション結果(年間) (全年度)	シミュレーション結果(年間) (全年度)	シミュレーション結果(年間) (全年度)	シミュレーション結果(年間) (全年度)	シミュレーション結果(年間) (全年度)
1. 入院患者数	9.36	60.88	63.87	29.03
2. 入院患者数	6.84	11.77	34.95	15.22
3. 入院患者数	13.18	207.20	77.40	40.04
4. 入院患者数	7.77	57.40	47.17	22.82
5. 入院患者数	35.61	652.83	211.74	377.61
6. 入院患者数	5.28	71.93	12.95	3.43
7. 入院患者数	11.13	62.99	1.64	66.09
8. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
9. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
10. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
11. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
12. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
13. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
14. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
15. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
16. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
17. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
18. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
19. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
20. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
21. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
22. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
23. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
24. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
25. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
26. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
27. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
28. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
29. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
30. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
31. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
32. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
33. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
34. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
35. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
36. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
37. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
38. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
39. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
40. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
41. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
42. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
43. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
44. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
45. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
46. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
47. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
48. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
49. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93
50. 入院患者数	4.29	35.46	11.61	9.93

画面説明 2. 出力画面(年間) ②総額(医業収入、原価、収益)

収益シミュレーション (病院単位/年間)

シミュレーション結果(百万円) (総額)

【I DPC非対応パス, 出来高算定】
時の推定入院患者数(p.3 A)で算定したシミュレーション結果。

No.	クリティカルパス	I DPC非対応入院療法が使用, 出来高算定			II DPC非対応入院療法が使用, DPC算定			III DPC対応入院療法が使用, DPC算定		
		医業収入	原価	収益	医業収入	原価	収益	医業収入	原価	収益
1	ABVD	394.61	152.50	182.10	361.26	152.50	208.75	817.53	373.42	444.11
2	Biweekly CHOP	261.04	167.52	93.52	264.41	167.52	96.89	264.32	162.81	96.51
3	R-FND	683.46	432.82	250.64	797.07	432.82	364.25	1881.46	1780.85	100.61
4	R-CHOP	439.50	294.87	144.63	565.83	294.87	270.96	993.80	509.10	484.71
合計		1,718.6	1,047.7	670.9	1,988.6	1,047.7	940.9	3,957.1	2,826.2	1,130.9

【DPC対応パス】実施時の推定入院患者数(p.3 C)で算定したシミュレーション結果。

No.	クリティカルパス	I DPC非対応入院療法が使用, 出来高算定			II DPC非対応入院療法が使用, DPC算定			III DPC対応入院療法が使用, DPC算定		
		医業収入	原価	収益	医業収入	原価	収益	医業収入	原価	収益
5	59歳以上 京服導入療法	135.86	99.30	36.56	158.73	99.30	59.44	158.64	96.04	62.60
6	59歳以上 奥固め1	121.46	85.21	36.24	158.64	85.21	73.43	158.55	81.96	76.59
7	59歳以上 奥固め2	124.72	88.56	36.16	158.64	88.56	70.08	158.55	85.30	73.25
8	59歳以上 奥固め3	127.64	91.09	36.55	158.64	91.09	67.55	158.55	87.84	70.72
9	59歳未満 京服導入療法	166.49	191.99	34.56	158.64	191.99	26.71	158.55	128.68	29.88
10	S-HAB療法55歳未満	324.86	194.27	130.59	272.43	194.27	78.16	272.34	191.01	81.33
11	HAB療法55-59歳	305.73	174.82	130.91	272.43	174.82	97.61	272.34	171.48	100.86
12	59歳未満H04C療法	260.96	158.30	102.66	224.64	158.30	66.34	224.55	153.36	71.19
合計		1,567.7	1,023.5	544.2	1,562.8	1,023.5	539.3	1,562.1	996.7	565.4

【外来療法を実施した場合】の推定入院、外来患者数(p.3 E)で算定したシミュレーション結果。

b. 外来療法を実施した場合 某外来療法を要した場合は推定入院患者数と外来患者数による計算結果。

No.	クリティカルパス	I DPC非対応入院療法が使用, 出来高算定			II DPC非対応入院療法が使用, DPC算定			III DPC対応入院療法が使用, DPC算定			IV DPC対応外来療法が使用, DPC算定		
		医業収入	原価	収益	医業収入	原価	収益	医業収入	原価	収益	医業収入	原価	収益
1	ABVD	234.22	106.75	127.47	252.88	106.75	146.13	143.07	65.35	77.72	378.77	235.21	143.57
2	Biweekly CHOP	208.83	134.01	74.82	211.53	134.01	77.51	211.46	130.25	81.21	200.39	174.65	25.74
3	R-FND	615.11	389.54	225.58	717.36	389.54	327.83	282.22	267.13	15.09	760.39	744.36	16.53
4	R-CHOP	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2552.58	1914.29	638.29
合計		1,058.2	680.3	427.9	1,181.8	680.3	551.5	636.8	462.7	174.0	3,892.6	3,068.5	824.1

【外来療法を実施した場合】のシミュレーション結果

例では、【DPC非対応パス】から【外来療法】に移行する場合として、「I DPC非対応パス(出来高)」または「II DPC非対応パス(DPC)」と「IV DPC対応パス_外来」を合計したものが外来療法実施時の医業収入、原価、収益となります。

クリティカルパスABVDの外来療法実施時の収益は、入院患者70人、外来患者300人で算定するので、

- I DPC非対応パス_出来高算定からの外来療法移行時は、
I DPC非対応パス(出来高) 127.47百万円 + IV DPC対応パス_外来(DPC) 143.57百万円 = 合計271.04百万円となります。
- II DPC非対応パスDPC算定からの外来療法移行時は、
II DPC非対応パス 146.13百万円 + IV DPC対応パス_外来 143.57百万円 = 合計289.7百万円となります。

【DPC対応パス】から移行の場合は「III DPC対応パス_入院」と「IV DPC対応パス_外来」を同様に合計したものが外来療法実施時の医業収入、原価、収益となります。