

meditur insight

vol.1

患者視点が置き去りになった DPC/PDPS 制度

vol.1

患者視点が置き去りになった DPC/PDPS 制度

目次

Chapter.1 包括払い制度は誰にとってメリットがあるのか	3
■ 値段は”ほぼ”一緒	3
■ 入院費用は包括払いの病院が徐々に増えている	3
■ 患者はその税率にふさわしいサービスを受けたのだろうか？	5
Chapter.2 患者視点が置き去りになった病院群の設定	8
■ 90 病院がメジャーリーグ入り	8
■ 医師の数が多いたるところほど有利な基準	9
■ 医療機関側が感じる虚しさ、理不尽さ	13
■ うちの県にはひとつもⅡ群の病院がない	17
Chapter.3 DPC 病院群 2 群、3 群が明暗を分ける現実的なシナリオ	20
■ 増減収インパクト、費用負担インパクト	20
■ 広がる格差	23
■ 『医師確保』が生むスパイラル	24
■ はしご外し	25
■ 総合診療医の育成	26
Chapter.4 よりよい医療を期待して、患者、病院にできること	28
■ 実績要件への患者意向の反映	28
■ 適正な医療費負担による医療の質の向上	30
■ かかりつけ医・在宅医療の重要性認識と、急性期医療の効率化進展	31
■ おわりに	32
引用文献	33

Chapter.1 包括払い制度は誰にとってメリットがあるのか

■ 値段は”ほぼ”一緒

国民皆保険制度の日本において、自由診療でなく、保険診療を受ける以上は値段がほぼ一緒である（厳密には異なる点は後述）。どうせ値段が一緒なら、立派な病院に行きたいのが正直なところだし、生死を賭ける大病ならば、腕利きの医者に診てもらいたい、治してもらいたいと思うのは誰しも自然なことだと思う。

ただ、どこの病院がよいか、客観的に分かるものがないゆえ、患者はクリニックで紹介された病院に行ったり、週刊誌や新聞、本などで特集される病院ランキングを参考にしたり、テレビ番組の名医・スーパードクターの紹介に心動かされたりする。患者が限られた情報で思い描く理想の病院が身近なところにあればよいが、無かつ

た場合には、病院探しの旅に出ることとなる。病気という苦しみを抱えた上に、病院探しという負担を強いるのは、精神的にも肉体的にも厳しいことだ。しかも、この旅、結果が良ければまだよいものの、結果が約束されているわけではないため、病院探しの旅に尽力したものの思うような結果に至らないこともままあるのが現実だ。

■ 入院費用は包括払いの病院が徐々に増えている

あまり馴染みのない話かもしれないが、現在、日本では急性期病院の一部（病床数に占める割合では 53.1%）が、DPC/PDPS という包括払い制度となっている（図 1、2 参照）。

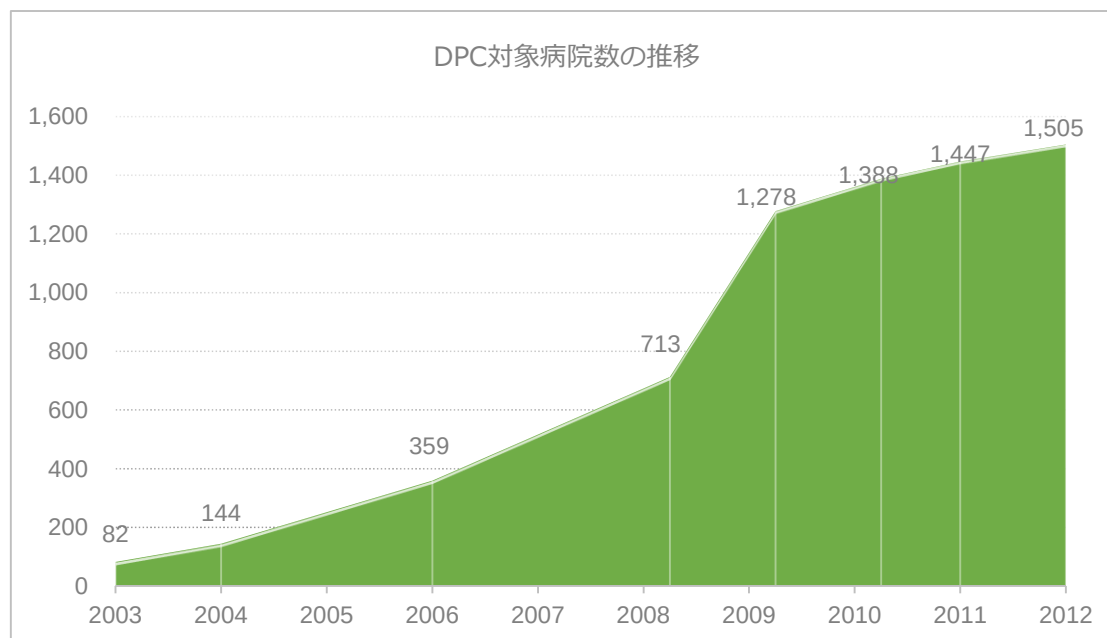


図 1 DPC 病院数の推移 出所: [1]

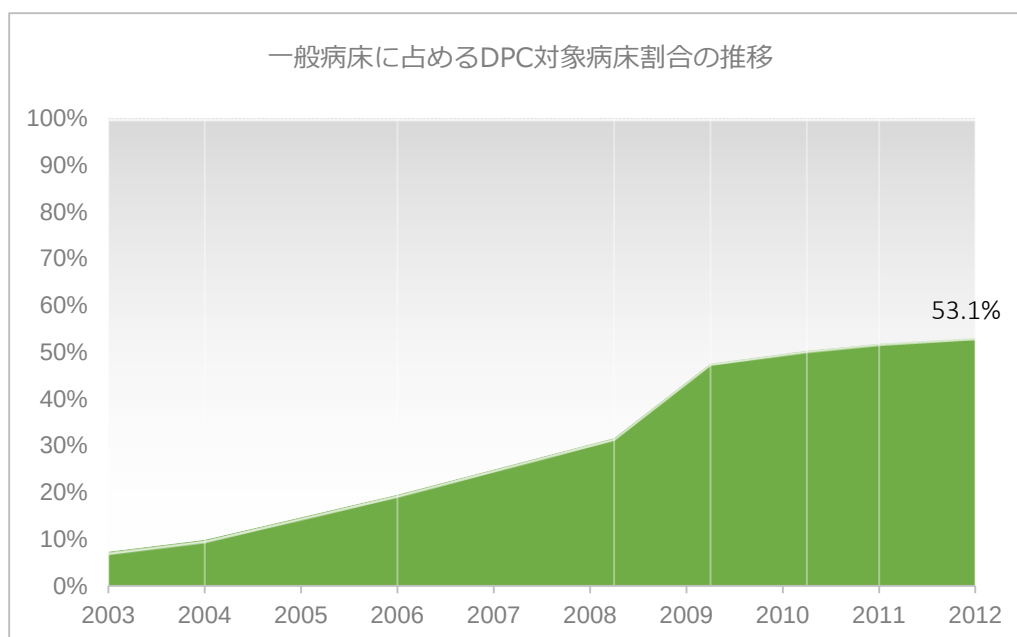


図 2 一般病床に占めるDPC 病床割合 出所: [1]

この包括払い制度は、虫垂炎であれば、1～3日目 35,250 円(1 日あたり)、4～5 日目 23,760 円(1 日あたり)といったように、その病院で実施する細かな治療内容とは関係なく、入院料が定められている。DPC/PDPS 制度でない出来高払いの制度は、ベッド代、点滴代、検査代といったように実施した治療それぞれで点数(料金)が計算され、請求される制度である。包

括払いでは、あらかじめ点数が決められているため、なるべく無駄な治療はしないように努力し、退院させようとする。一方で出来高払いは料金を上げるためには多少過剰な治療をしがちである。(やりすぎるとチェック機関からダメ出しを食らったり、一部治療の請求自体が無効になったりするが)

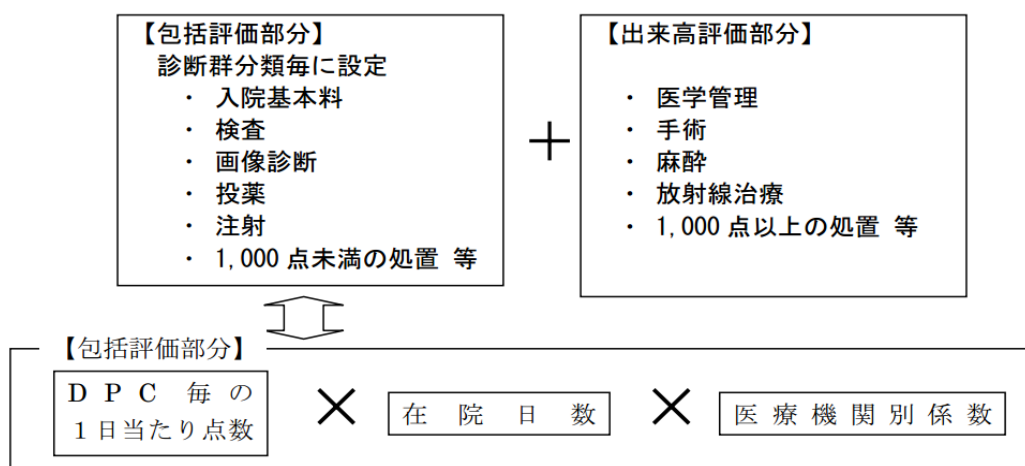


図 3 DPC 制度概要 出所: [2]

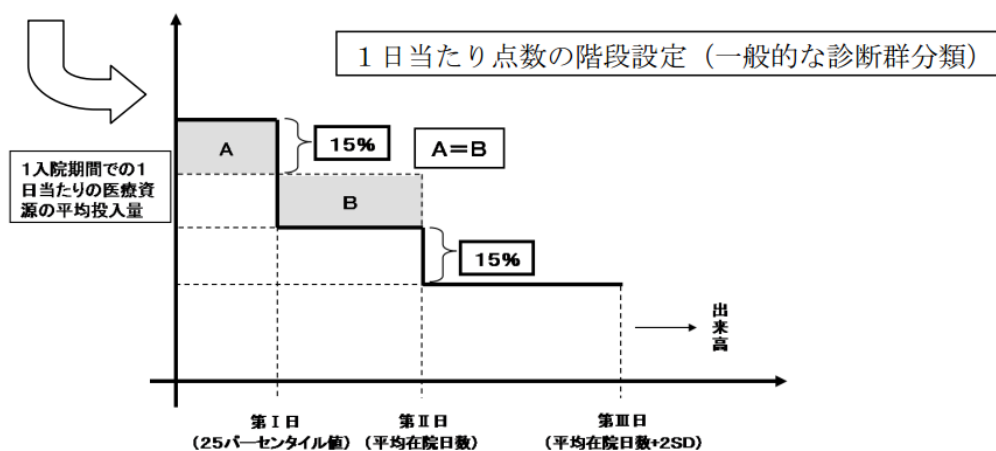


図 4 DPC 制度概要 階段状の点数設計 出所: [2]

この包括払い制度自体は、どの病院も同じで、前述の虫垂炎であれば、どの病院も、1 日目 35,250 円は共通である。しかし、各病院の持っている機能や人員体制により、「係数」が定められていて、この 1 日 35,250 円に、おおよそ 1.05～1.5 くらいの係数がかかる。すなわち、サービス税が税率 5% の病院と税率 50% の病院があるのだ。

サービス税の税率は、簡単に言うと、看護師の配置や、地域の診療所・クリニック・病院との連

携体制等の様々な病院の「枠組み」を評価したものと、病院がどういった疾患を扱っているか、効率的な入退院をさせているか等の病院の「機能」を評価したものにより定まる。

※サービス税と喩えることが不適切と疑問を呈される方もいるだろうが、医療従事者の苦勞が適切に報酬に反映されるためには「サービス税」と表現することが良いと考えている

■ 患者はその税率にふさわしいサービスを受けたのだろうか？

1つのケースを考えてみよう。とある地方の中核病院。がんも心疾患も脳卒中也何でも診てくれる地域の要的な病院。そこに 3 人の患者が入院したとする。

A さん。心臓のカテーテル検査（海外では日帰り検査が一般的な国もあるが、日本では入院することも多い）。日帰りでも平気な位だから、入院と言っても、患者は万が一に備え安静にしているくらいで、無事検査が終われば、退屈な入院生活（検査翌日に退院のところが多い）が待っている。実際、食事トイレも不自由なくでき、検査翌日、退院を迎えた。

B さん。同じく心臓のカテーテル検査。ただ高齢で認知症もあり、食事トイレも、自分一人では何もできない。検査自体は入院した日に終わったものの、翌日退院するまで、看護師は度々呼ばれ、少々手を焼いた。

Cさん。胃がんの胃を切除する手術。手術前日に入院し、執刀医と麻酔科医から説明を受け、看護師から説明を受け、翌日、手術に。麻酔から覚めるとベッドの上。無事終わったことを聞き、ホッとするも、身体には点滴と導尿用のカテーテルが繋がっている。麻酔が切れたのか痛みがキツくなると看護師を呼んだり、何とか落ち着いてきたのは術後3日目くらい。食事徐々に始まり、点滴が外れ、2週間弱の入院生活が終わり、退院に。

この3人。最後に支払うときのサービス税(係数)は、どうなるのだろうか。実は、サービス税率は同じである。サービス税率は病院ごとに設定されるため、同じ病院であれば、変わらない。Cさんは病院側の負担が大きかったように思うが、病気ごとにどの患者も同じような経過をたど

る前提で1日毎の点数が設定されているため、胃がんの手術は、そもそもの1日あたりの点数自体が高く設定されている(胃がん全摘術であれば、1～10日目 26,610円、11～20日目 19,670円、21～33日目 16,720円。心臓カテーテル検査は1・2日目 34,900円、3日目

21,240円、4・5日目 18,050円)。そのため、病気ごとの違いは、サービス税率で調整する必要はない。AさんとBさんが一緒というのは、納得できるだろうか。残念ながら、同じ税率(係数)で、AさんはBさんと比べれば大した看護も受けていないがBさんと同じ金額を負担しなければならず、

一方、Bさんは割安と感じるかもしれない。このサービス税と喩えた医療機関別係数。医療機関側の観点では、効率改善のインセンティブや、有する機能に対する評価に基づいている。(下記、図5の抜粋資料を参照。図中のI、IIは機能評価係数I、IIのこと)

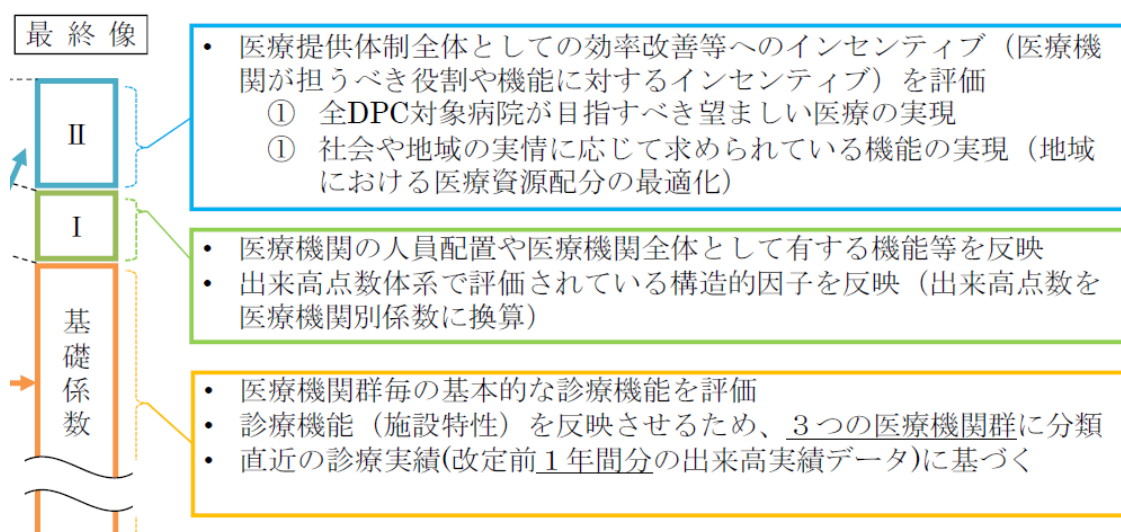


図5 医療機関別係数の意味合い 出所：[3]より抜粋

つまり、この係数(税率)は、そもそも個人個人の診療と合致しない性格のものである。とはいえ、負担する側にしてみれば、たまったものではない。

包括制度。医療費増加を抑制し、効率的な医療を提供する観点では良い制度だが、患者視点で考えると諸手を挙げて賛成できる内容ではない。(なお、包括制度が患者視点での不公平さを助長しているだけで、根本的な問題は 7 対 1 入院基本料にあるという点は別の機会に改めて検討してみたい) ただ、莫大な医療費を負担するからには、その内容を理解し納得して費用を負担し、よりよい医療が実現することを後押ししなければならない。そこで、分析等を交えながら、どうしたら、より良い制度になるか、患者が取るべきアクション、病院が取るべきアクションを考えていきたい。

Chapter.2 患者視点が置き去りになった病院群の設定

■90 病院がメジャーリーグ入り

そんなニュースが医療界を駆け巡ったのは、2012 年度末のことだ。一般市民からしたら、DPC 制度すら馴染みがないのに、病院がⅠ群(大学病院)、Ⅱ群(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)、Ⅲ群(それ以外の病院)に分かれたと言われても、さっぱりピンと来ないだろう。

基礎係数の導入と医療機関群の設定(DPC病院Ⅰ群～Ⅲ群)

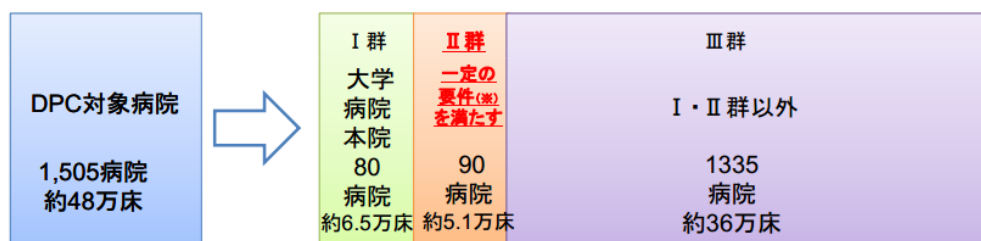


図 6 DPC 病院群の内訳 出所：[4]

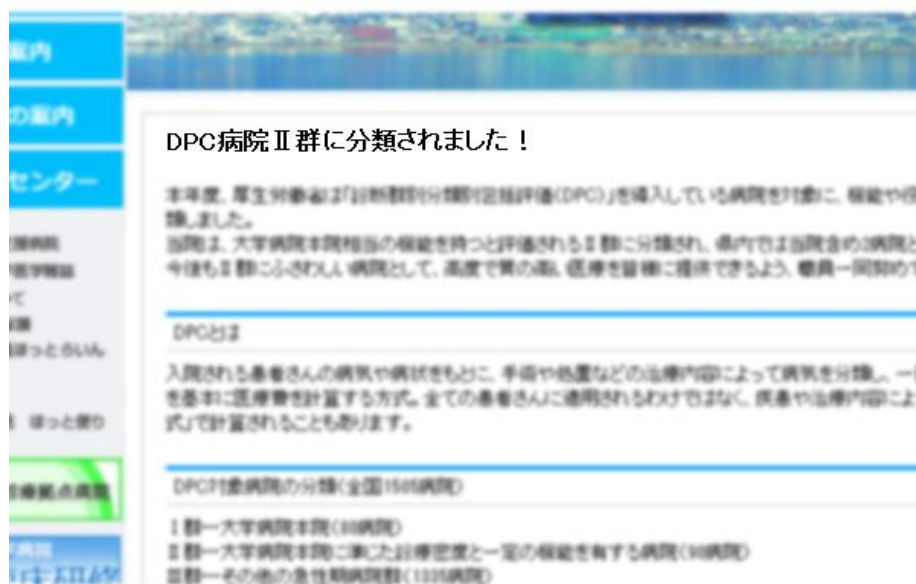


図 7 ある DPC 病院Ⅱ群に指定された医療機関のホームページ

I 群は大学病院本院だけで、実質、雲の上、別世界であるがゆえに、大学病院本院を除いた DPC 病院 1,400 病院強のうち、90 病院が入れた II 群が「メジャーリーグ」、III 群が「マイナーリーグ」とでも言えばよいだろうか。今、この約 1,400 病院では、II 群「メジャーリーグ」を目指した(すでに II 群のところは維持する)熱い闘いが始まっているとも言われている。(余談だが、1、2、3 という名称は、誰もが、I 群が良く、III 群が悪いと受け取る。各群は良し悪しではなく提供機能が違うことを明確にしたかったはずなのに、名称が仇となっている気がしてならない。昨年度の議論途中まで残っていた名称である、大学病院群、高密度診療病院群、急性期病院群、といった感じで、甲乙つけがたい名前にし

ておけば、こぞって II 群を目指したりすることはさほど起きなかったのではないだろうか。)

闘うには訳がある。Chapter.1 で述べた係数(サービス税率)、II 群になった施設は、III 群に比べ少しだけ加点がなされていて(基礎係数に差異があり)、ゆくゆくは、この加点が大きくなる予定なのだ。各病院が、この加点だけを理由に II 群を目指しているわけではないが、加点は II 群を目指す大きな理由のひとつだと思う。

この熾烈な闘い、各病院はどのようにして II 群(メジャーリーグ)を目指しているのだろうか。まずは、その背景となる、II 群、III 群の明暗を分けた基準を見ていく。

■ 医師の数が多いところほど有利な基準

【実績要件1】診療密度 <1日当たり包括範囲出来高実績点数(全病院患者構成で補正)>

当該医療機関において症例数が一定以上の(1 症例/月; 極端な個別事例を除外するため)診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全 DPC 対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の1日当たり包括範囲出来高実績点数を算出。

表 1 を見ると、診療密度は、検査・画像・投薬・注射・処置の各医療資源と正の相関が強く、医師数とも強い相関がある。患者からしてみれば、医師が多いのは何かと安心だし、悪いことで

はないが、医療資源の投入量が多いことは、単純に良し悪しの指標とはなり得ないのではないだろうか。

各指標間の相関係数	診療密度 (1日当たり 包括範囲 出来高点数)	DPC 算定病床あたり 医師数 (全医師数)
複雑性指数	0.36	0.19
効率性指数	0.27	0.27
カバー率	0.49	0.61
包括点数	0.54	0.58
入院基本料	0.48	0.57
検査・病理	0.61	0.59
画像診断	0.63	0.55
投薬	0.55	0.57
注射	0.65	0.56
処置	0.56	0.53
その他薬剤	0.18	0.21
診療密度 (1日当たり包括範囲出来高点数)		0.42
DPC 算定病床あたり医師数 (免許取得後五年目まで)	0.48	0.78
DPC 算定病床あたり医師数 (全医師数)	0.42	

表 1 診療密度(1日当たり包括範囲出来高点数)、医師密度及び診療報酬算定区分相互の相関係数(診療密度に影響している診療報酬区分を評価) 出所: [5]

【実績要件2】医師研修の実施 <届出病床当たりの医師数(免許取得後2年目まで)>

基幹型臨床研修指定病院については、各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医数(※)と地方厚生(支)局へ届け出ている病床数(様式3の「医療保険」総数(届出病床総数))により算出。協力型臨床研修指定病院については、平成23年11月に調査した臨床研修医数(年度単位の常勤換算値)により算出。

(※)「H23 研修医受入及びH24 募集意向調査」平成23年4月実施

続いて、医師研修は日本の医療の持続・維持には必要不可欠であり、非常に重要なことであ

る。研修医が多いことは、医療機関にとってみれば、人材育成の負担がかかっており、何から

のインセンティブが欲しいところだろう。

ただ、患者視点では、「ベテランの人に手術してもらえるかと思ったら、研修医だった」なんていうネガティブな話も聞いたことがある。それゆえ、研修医の育成に関する費用負担は、患者がするのではなく、もっと大きな器で考えてもらいた

いと思ってしまう。これが要件になっていること

は、病院のインセンティブとしては理解できても、患者負担を強いることとなる基礎係数(医療機関別係数の一部。本論でいうところのサービス税の一部)の加点条件になることは、理解し難い。

【実績要件3】高度な医療技術の実施(以下3つのすべてを満たす)

(3a):手術 1 件あたりの外保連手術指数(協力医師数補正後)

(3b):DPC 算定病床当たりの外保連手術指数(協力医師数補正後)

(3c):手術実施件数

「(3a):手術 1 件あたりの外保連手術指数(協力医師数及び手術時間補正後)」は、外保連手術指数(※)を「(3c):手術件数」で除して算出。

「(3b):DPC 算定病床当たりの同指数(協力医師数及び手術時間補正後)」は、外保連手術指数を DPC 算定病床数で除して算出。

「(3c):手術件数」については、外保連試案第8版において技術難易度が設定されている手術を集計対象手術とした。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものも集計対象とした。

(※)外保連手術指数の算出方法

● 外保連手術指数は、外保連試案(第8版)に記載されている、協力医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値(下表参照。難易度B、協力医師数0人を1としてそれぞれ相対化)に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出。

次に、手術の評価。手術実施件数が多く、難易度が高い手術を多く実施している医療機関は、患者視点からも信頼に値する情報だ。しかし手術の良し悪しは不明であり判断ができないことと、(3a)1件あたりの平均値に何の意味があるのかが不明である。患者からしたら、胃がんの手術も、ポリペクの手術も実施してくれて、何の問題もないし、ポリペクの件数が多くても文句は無い。平均で評価するより、難易度の高い手術も実施できるか、できないか、といった評価の方

が適切だと思う。

余談だが、今回、Ⅱ群に入れなかった病院の多くは、この(3a)の基準がクリアできなかったとのこと。心臓外科(難易度の非常に高い手術)に強い病院なのに、平均で評価してしまうと、手術件数が多いだけに、基準値をクリアできなかった模様だ。これは誰が得をする評価基準なのだろうか。甚だ疑問である。

【実績要件4】重症患者に対する診療の実施

複雑性指数(重症 DPC 補正後)

全 DPC 参加病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つ DPC で、かつ、1 日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高い DPC を抽出。これらの DPC について複雑性指数を算出。

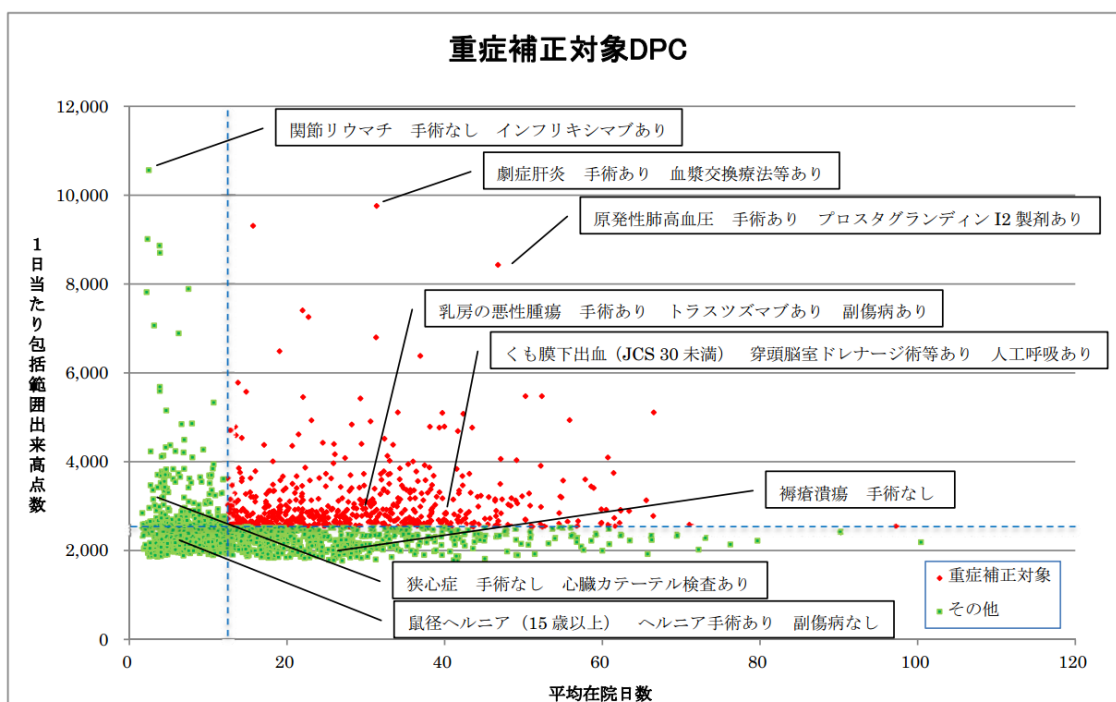


図 8 重症補正対象疾患 出所: [6]

この要件は患者視点で理解が難しい。そこで、厚生労働省 H23.11.7 の中医協の分科会資料から抜粋した文言を見てみよう。その意図を読み取ることができる。

複雑性指数は DPC 毎の 1 入院あたり包括範囲出来高平均点数の多寡を反映する指標であることから、医師配置を前提とするような重症患者を重点的に評価するため、検査や薬剤等の診療密度(1日当たり出来高点数)がより高く、かつ、より長期に及ぶ加療(在院日数が

長い)が必要な患者(DPC)を重点的に評価するような補正(※)を実施。

※ 具体的には、全 DPC データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つ DPC で、かつ、1 日あたり平均出来高点数が全 DPC データの平均値より高い DPC に限定して(それ以外の DPC は 0 で補正して)算出。[7]

つまり、医師配置を評価する意図のようだ。前述の実績要件1と重複感否めない。この評価方法による基準値をクリアした病院は、重症患者を受け入れてくれる病院である、という実態を

表していればよいが、聞いたところでは、この基準値は多くの病院がクリアしていた模様で、メジャーかマイナーかの分岐点にはならなかったようだ。

さて、実績要件 1～4 までトータルで見た時に言えることは、医師数の多いところが有利な評価になるような基準が多く、結局のところ「大学

病院に似た病院探し基準」であって、「良い病院探し基準」ではない、ということだ。大学病院に似た病院に与えるインセンティブならば、その病院の患者に負担させることも然ることながら、社会的に負担することも必要であると感じるだけに、DPC 病院を群で分け、係数で差をつけることには多少疑問を感じる。

■医療機関側が感じる虚しさ、理不尽さ

Ⅱ 群に入ったところは良いが、落ちたところは僅かとはいえ係数で差のつくことや、そもそもの「メジャー落ち」というネガティブな印象から、大きなショックを受けているのではないだろうか。

患者からしたら、Ⅱ 群でもⅢ 群でも、どちらでも良いことなのだが、当の医療従事者は結構大きな問題に捉えている。

施設名	DPC 参加年度	病床総数	DPC 病院群
独立行政法人 国立がん研究センター中央病院	平成 15 年度	600	Ⅱ 群
宮城県立がんセンター	平成 20 年度	383	Ⅲ 群
千葉県立がんセンター	平成 20 年度	341	Ⅱ 群
神奈川県立がんセンター	平成 20 年度	387	Ⅲ 群
愛知県がんセンター中央病院	平成 20 年度	500	Ⅲ 群
栃木県立がんセンター	平成 21 年度	324	Ⅲ 群
新潟県立がんセンター新潟病院	平成 21 年度	500	Ⅲ 群
兵庫県立がんセンター	平成 21 年度	400	Ⅲ 群
独立行政法人国立病院機構四国がんセンター	平成 21 年度	405	Ⅲ 群
独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター	平成 22 年度	411	Ⅲ 群
静岡県立静岡がんセンター	平成 22 年度	569	Ⅲ 群
独立行政法人国立がん研究センター東病院	平成 23 年度	425	Ⅲ 群
公益財団法人 がん研究会 有明病院	平成 23 年度	700	Ⅱ 群

表 2 DPC 病院におけるがんセンター※のⅡ 群、Ⅲ 群

出所：[8]を元作成 ※専門病院入院基本料か特定機能病院入院基本料を算定して病院名称に「がん」が含まれる施設、病床総数は医療保険対象病床

実績要件をクリアできなかった典型的な病院として、がんセンターが挙げられる。がんセンターと言え

ば、地域におけるがん診療の拠点となっているところが多いはずなのだが、上の表 2 のとおり、Ⅱ群は 3 施設のみで、それ以外はⅢ群になっている。なぜがんセンターはメジャー入りできなかったのか。各病院の詳細な状況はわからないが、次の中医協 DPC 分科会の資料がその理由を示唆している。

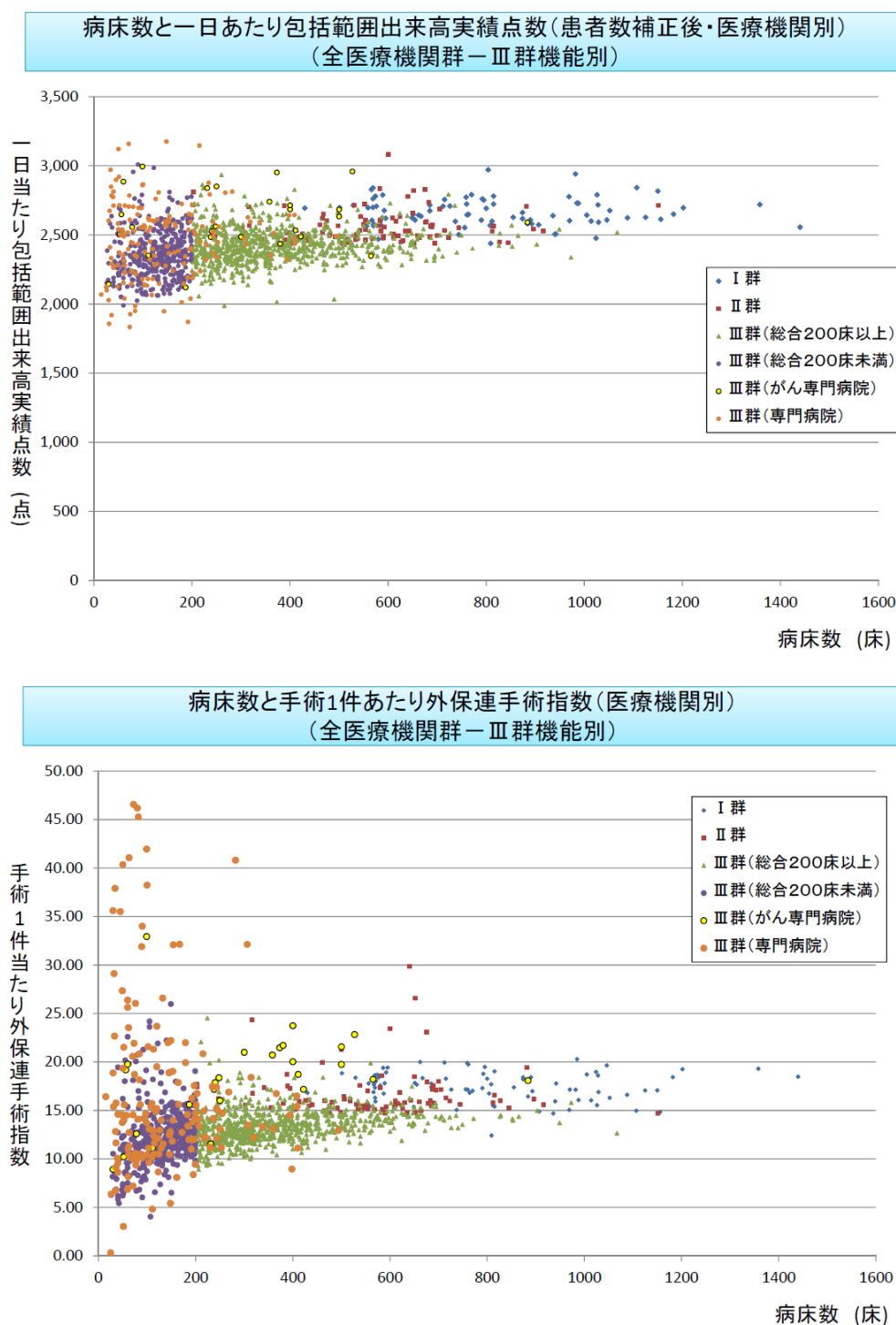
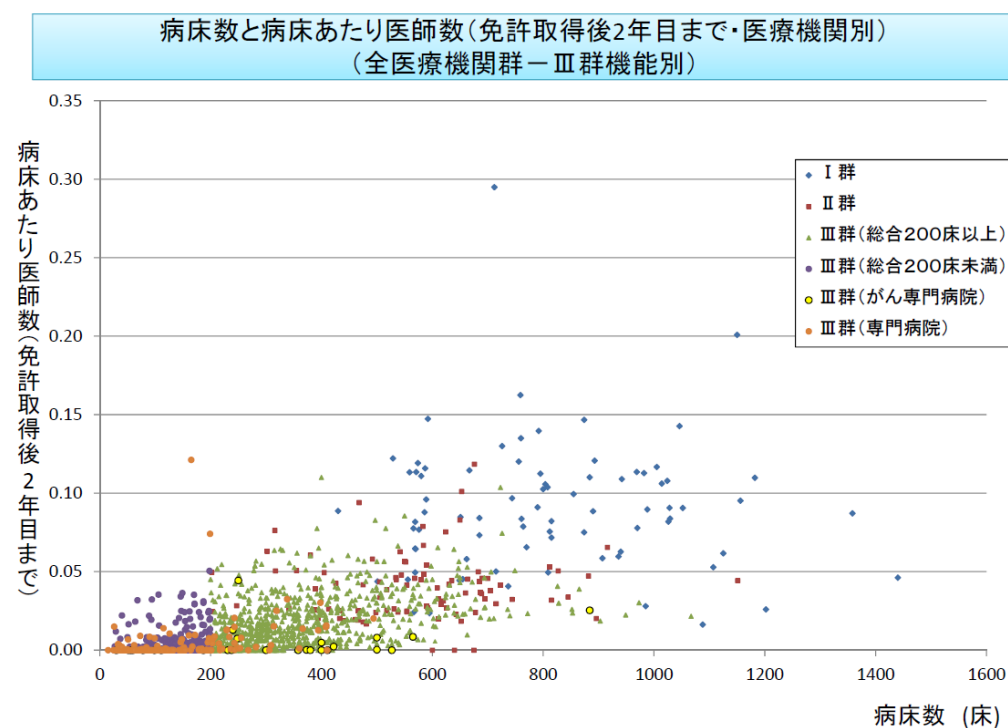
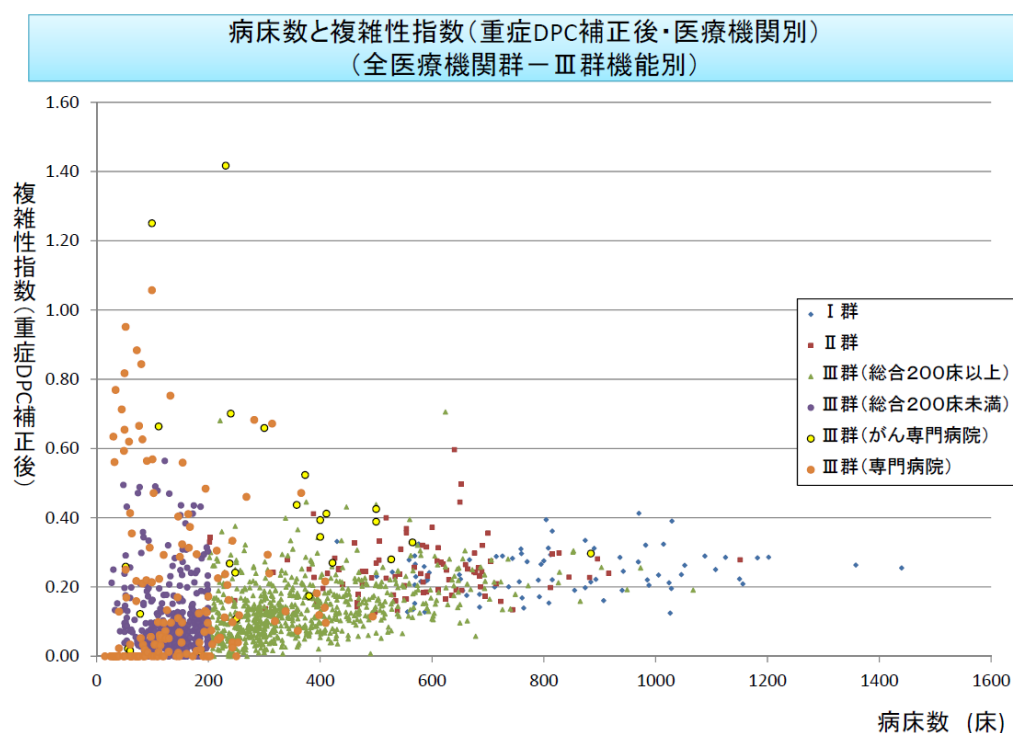


図 9、図 10 病床数と実績要件の関係性(診療密度、手術指数) 出所: [9]



各類型の定義について

がん専門病院	入院患者に占めるがん患者の割合が40%以上
専門病院	がん専門病院以外の病院で、入院患者に占める特定MDCの患者の割合が40%以上
総合病院	上記以外の病院

図 11、図 12 病床数と実績要件の関係性(複雑性指数、医師数) 出所: [9]

Ⅲ群になったがん専門病院が黄色の○でプロットされている図 9～12 の4つのグラフから、医師数以外は、Ⅱ群と遜色ない実績・内容となっていることが分かる。つまり、研修医が少ないことだけが理由でメジャー入りできなかった、という病院が多いことが推測される。がんセンターは診療科目や救急医療の体制的な問題で初期研修医を受け入れていないところもあるため、そ

もそも、この基準でメジャー、マイナーの区別をされてしまうと、どれだけ地域に貢献し、高度ながん医療を行なっていようとメジャーの夢は絶たれてしまっているのが実情だ。僅かとはいえ収入に差が出る仕組みなだけに、こういったがんセンターは虚しさを感じているのではないだろうか。

施設名	DPC 参加年度	病床総数	DPC 病院群
聖マリア病院	平成 16 年度	1,342	Ⅲ群
財団法人 倉敷中央病院	平成 16 年度	1,151	Ⅱ群
大阪市立総合医療センター	平成 21 年度	1,052	Ⅲ群
飯塚病院	平成 16 年度	1,048	Ⅲ群
財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院	平成 20 年度	1,029	Ⅲ群
大阪赤十字病院	平成 20 年度	1,021	Ⅲ群
総合病院 国保旭中央病院	平成 20 年度	961	Ⅲ群
医療法人鉄蕉会 亀田総合病院	平成 16 年度	925	Ⅲ群
埼玉医科大学 総合医療センター	平成 20 年度	916	Ⅱ群
東京都立駒込病院	平成 21 年度	906	Ⅲ群
総合病院土浦協同病院	平成 20 年度	896	Ⅱ群
虎の門病院	平成 20 年度	890	Ⅱ群
大垣市民病院	平成 20 年度	885	Ⅱ群
豊橋市民病院	平成 18 年度	860	Ⅲ群
日本赤十字社 和歌山医療センター	平成 21 年度	853	Ⅲ群
名古屋第一赤十字病院	平成 18 年度	852	Ⅱ群
愛媛県立中央病院	平成 24 年度	835	Ⅲ群
大津赤十字病院	平成 18 年度	821	Ⅲ群
公益財団法人 天理よろづ相談所病院	平成 21 年度	815	Ⅱ群
名古屋第二赤十字病院	平成 20 年度	812	Ⅱ群
独立行政法人 国立国際医療研究センター病院	平成 24 年度	801	Ⅲ群

表 3 病床総数 800 床、DPC 病床数 700 床以上の施設
(特定機能病院を除く。病床総数の多い順)

出所：[8]を元に作成 ※病床総数は医療保険対象病床

次に病院規模を基準に考えてみる。病床総数 800 床以上で、かつ急性期主体の病院(DPC 病床数 700 床以上)、大学病院を除くとなると、それはいわゆる大病院である。表 3 は、おそらく誰からも疑問を持たれない大病院が並んでいるはずである。そんな大病院は、当たり前のようにメジャー入りしているかという、そんなこともなく、約 6 割の病院はマイナーリーグに留まっている。結果から分かることは、これらのⅢ群の大病院は、何かしら実績要件を満たせなかったということになるが、一体何がクリアできなかったのだろうか。前出の全医療機関群別にプロットした4要件のグラフを見ると、診療密度と1件あたりの外保連手術指数は、700、800 床以上の病院でもクリアしておらずⅢ群の印でプロットされ

ていることが分かる。大病院とは言え、診療密度、1 件あたりの手術指数は単純にクリアできるものではないのだ。

この現実には、「大病院ゆえ、その地域の医療を一手に引き受け、診療密度の低い患者も受け入れ、難易度の低い手術もする」、そんな実情なのではないだろうか。もしそうであるならば、これは患者から一番評価されるべき医療を提供している病院が、適切に評価されていない可能性がある。病院関係者からしたら、日々寝る間を惜しんで患者を引き受け、医療に貢献しているのに、「あんたらの病院は軽症患者も多い」と難癖をつけられたような結果で、非常に理不尽なのではないだろうか。

■うちの県にはひとつもⅡ群の病院がない

次に地域性を見てみる。図 13 で濃い黄色の県は、Ⅱ群の病院が1つもないことを示している。関東を見ると、北関東はⅡ群施設が少なく、南関東は多い。また西日本では、北陸・山陰が少なく、山陽が多い。この傾向で言えば、人口の多いところ、太平洋側はⅡ群の病院が多くなっているように見えなくもない。ただ、東北では秋田、宮城はないものの、青森は 3 病院、新潟は 4 病院あるといったように、明確な傾向は見えてこない。

図 14 に示したⅠ群(大学病院本院)を加えた比較でも印象は変わらない。北海道、南関東、東海、阪神、福岡の病院数が多くなっているものの、図 15 にて、人口あたりのⅠ群+Ⅱ群の病院数を比較すると、これらの地域が、突出して多いわけではないことが見て取れる。人口あ

たりのⅠ群+Ⅱ群の病院数は高知県(3 病院)や青森県(4 病院)が多くなっているが、都道府県別の状況を眺めているだけでは、この病院数が多い 2 県と、それ以外の他都道府県との違いを見出すことは困難である。

ここまで、DPC 病院群のⅡ群の実績要件は、医師の多い病院を有利に判定し、かつ軽症患者をあまり見る必要のない病院が評価されていて、地域的な特性はないことが見えてきた。このような理解できる部分もありつつも、理解できない部分もある要件によって、メジャーかマイナーが決まってしまう制度。この制度によりⅡ群病院、Ⅲ群病院はそれぞれどういった扱いを受けるのか。そして、その扱いは患者にとってメリットがあるのか、考えていきたい。

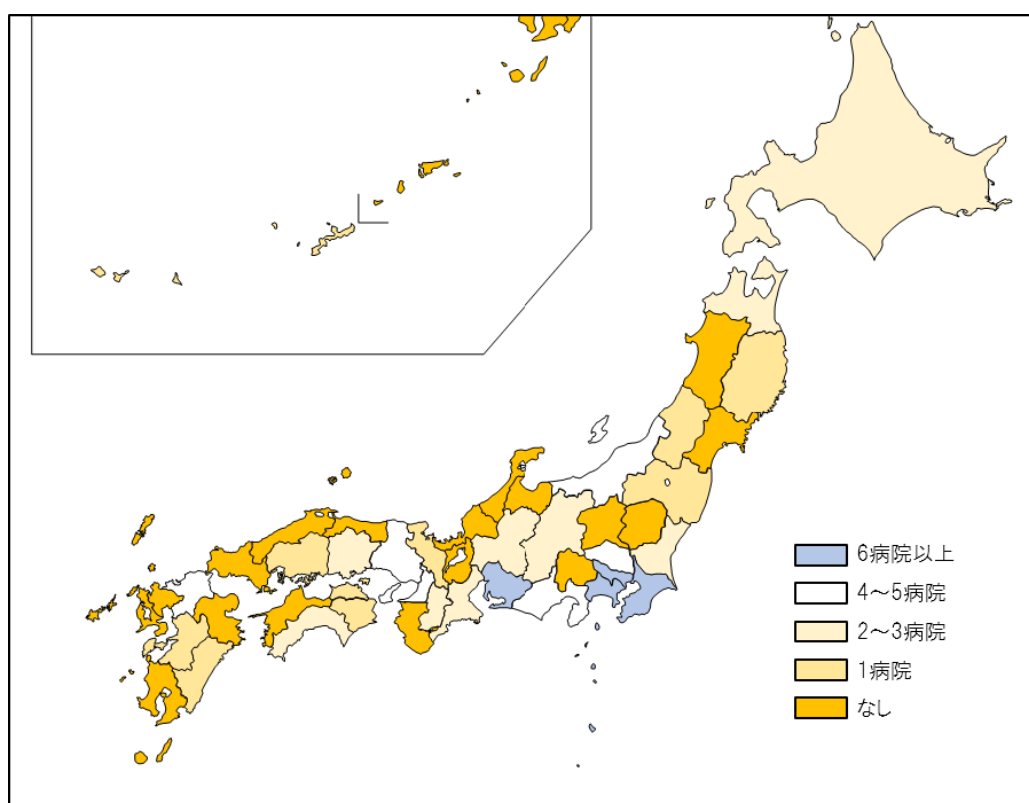


図 13 DPC 病院群 都道府県別Ⅱ群病院数

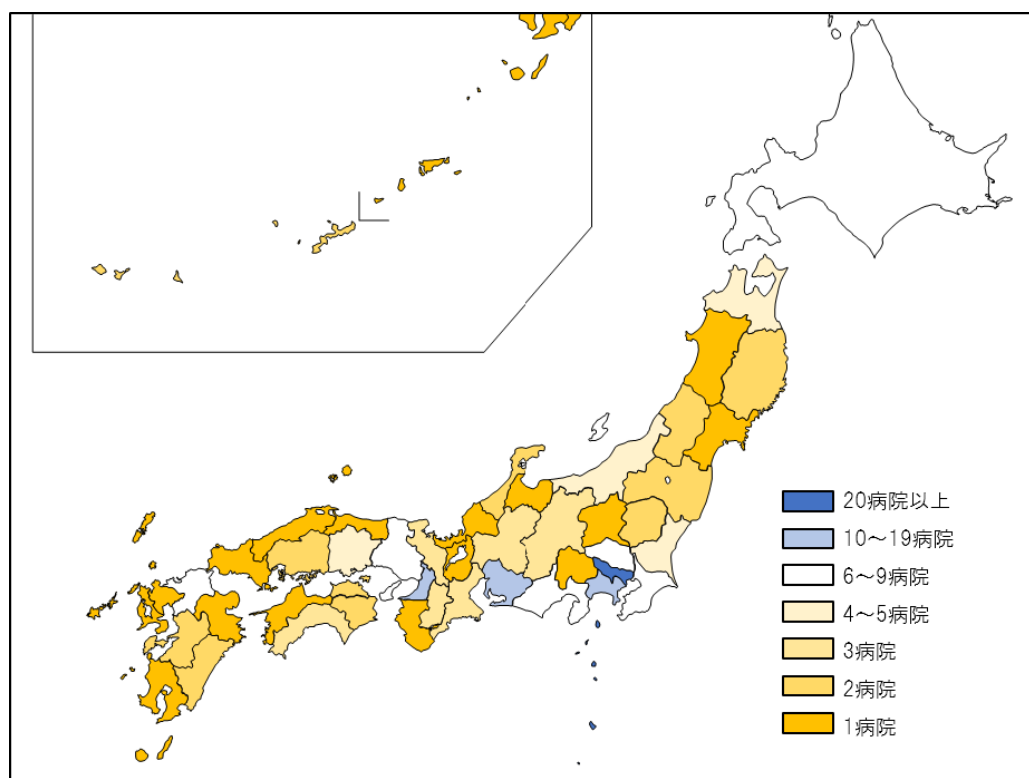


図 14 DPC 病院群 都道府県別Ⅰ群＋Ⅱ群病院数

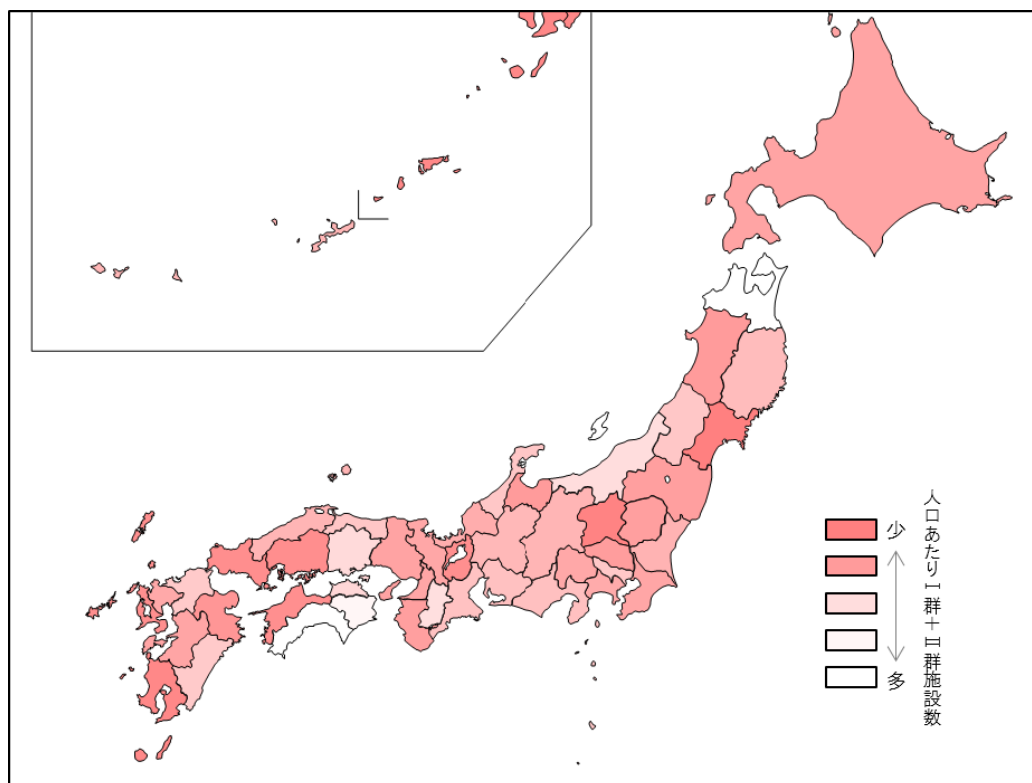


図 15 人口あたりDPC 病院Ⅰ群+Ⅱ群病院数

Chapter.3 DPC 病院群 2 群、3 群が明暗を分ける現実的なシナリオ

■増減収インパクト、費用負担インパクト

Chapter.1、2 で、DPC/PDPS 制度(包括払い制度)の概要と、DPC 病院群とⅡ群、Ⅲ群の要件を見てきた。医療費を抑えつつ、病院にとって金銭的インセンティブを与え、その費用負担は患者にさせる制度であるため、いかに納得感のある仕組みにするが重要である。ただ、ここま

で見てきた結果、決して納得感のある制度とは

言えないのが実情であった。
ここでは、Ⅱ群(メジャーリーグ)、Ⅲ群(マイナーリーグ)の違いによる金銭的なインパクトを比較してみる。まず、平成 30 年度時点でのⅢ群とⅡ群の係数差異シミュレーション(図 16)がある。

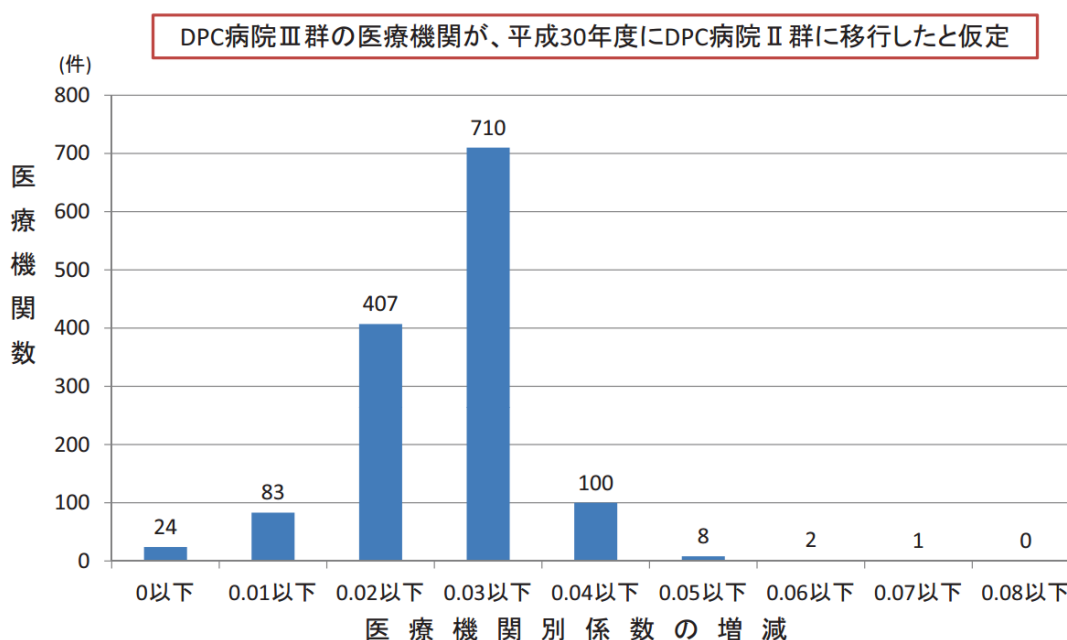


図 16 Ⅲ群からⅡ群に移行した場合の係数増減シミュレーション 出所: [9]

このシミュレーションによると、多くの施設はⅡ群に移行すると 0.02~0.03 程度増加することが想定され、最大では 0.06 以上の増加になることが想定されている。

この係数の差異を金額に直してみよう。DPC 対象病院の入院費に占める包括評価部分の割

合は 52.8%となっている(出所: 平成 23 年社会医療診療行為別調査 [10]より計算)。また、病床1床当たり医業収益は 17,627 千円である(出所: 平成 22 年度病院の経営状況 [11])。これらの数値を参考に、病床規模別に医療機関別係数の増減が与えるインパクトを試算すると、表 4 のようになる。

		入院収入 (DPC 対象症例)	入院収入のうち包 括評価対象分	係数差異に対する収入インパクト					
				0.01	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06
病 床 数	100	1,762,700	931,054	9,311	18,621	27,932	37,242	46,553	55,863
	200	3,525,400	1,862,109	18,621	37,242	55,863	74,484	93,105	111,727
	300	5,288,100	2,793,163	27,932	55,863	83,795	111,727	139,658	167,590
	400	7,050,800	3,724,218	37,242	74,484	111,727	148,969	186,211	223,453
	500	8,813,500	4,655,272	46,553	93,105	139,658	186,211	232,764	279,316
	600	10,576,200	5,586,327	55,863	111,727	167,590	223,453	279,316	335,180
	700	12,338,900	6,517,381	65,174	130,348	195,521	260,695	325,869	391,043
	800	14,101,600	7,448,436	74,484	148,969	223,453	297,937	372,422	446,906
	900	15,864,300	8,379,490	83,795	167,590	251,385	335,180	418,975	502,769
	1000	17,627,000	9,310,545	93,105	186,211	279,316	372,422	465,527	558,633

表 4 病床規模別 医療機関別係数インパクト(単位:千円)

※平成 30 年度想定 現在はこの 25%程度

病床 1,000 床であれば、医療機関別係数の差異が 0.03 ある場合、おおよそ 2.8 億円となる。差異が 0.06 では、インパクトが 5.6 億円弱にまで拡大する。病床数 400 床規模でも 0.03 の差異で 1 億円を超えてくることから、かなり大きな影響を持っていることが分かる。

さらに、平成 23 年社会医療診療行為別調査 [10]を用いて、患者の入院費用負担に与えるインパクトを考えてみる。係数 0.03 の差異は、1 日あたり約 1,000 円の費用向上インパクトがあり、在院日数 10 日であれば入院費用を 1 万円弱押し上げることが分かる。実際、患者が負担する金額は、自己負担 3 割であれば、1 日 300 円。在院日数 10 日で 3,000 円程度となることが想定される。(※あくまでも平均的な入院費

用を元に計算しているため、実際の費用は異なる)

患者負担は 1 日たった 300 円のインパクトかもしれないが、病院の収益には年間で数億円のインパクトになるメジャー入り(Ⅲ群→Ⅱ群)の影響。現時点では、係数の影響は、この 25%程度に留まっているため、1,000 床クラスでも年間数千万～1 億強の収入増、400 床規模であれば年間 3 千万弱、月で 200 万円程度の収入増に留まっており、患者負担も 1 日 70 円程度と想定される。ただ、26 年改定、28 年改定、30 年改定と、25%ずつ影響が増してくることを考えると、病院・患者どちらにとっても無視できないインパクトを持ち合わせていることが分かる。

		係数差異に対する患者入院費用インパクト					
		0.01	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06
在 院 日 数	1	330	660	990	1,320	1,650	1,980
	2	660	1,320	1,980	2,640	3,300	3,960
	3	990	1,980	2,970	3,960	4,950	5,940
	4	1,320	2,640	3,960	5,280	6,600	7,921
	5	1,650	3,300	4,950	6,600	8,251	9,901
	6	1,980	3,960	5,940	7,921	9,901	11,881
	7	2,310	4,620	6,930	9,241	11,551	13,861
	8	2,640	5,280	7,921	10,561	13,201	15,841
	9	2,970	5,940	8,911	11,881	14,851	17,821
	10	3,300	6,600	9,901	13,201	16,501	19,801
	11	3,630	7,260	10,891	14,521	18,151	21,781
	12	3,960	7,921	11,881	15,841	19,801	23,762
	13	4,290	8,581	12,871	17,161	21,451	25,742
	14	4,620	9,241	13,861	18,481	23,102	27,722
	16	5,280	10,561	15,841	21,121	26,402	31,682
	18	5,940	11,881	17,821	23,762	29,702	35,642
	20	6,600	13,201	19,801	26,402	33,002	39,603
	30	9,901	19,801	29,702	39,603	49,503	59,404

表 5 在院日数別 入院費用に対する医療機関別係数インパクト(単位:円)

※平成 30 年度想定 現在はこの 25%程度

■ 広がる格差

メジャー入りした病院の中で、機能評価係数Ⅱ（医療機関の診療実績と診療体制を評価した係数）が最も高い病院である済生会熊本病院は、熊本医療圏でも非常に元気な病院であり、

実績のほん一例だが 2011 年度の救急車搬入数は 8,715 台 [12]と、地域にとって無くてはならない病院だ。



図 17 済生会熊本病院 外来がん治療センター 出所: [13]

さらに、急性期の医療をより多くの患者に提供しようと、効率的な運営に力を入れている病院でもある。上の写真は化学療法、放射線療法などを実施している外来がん治療センターだ。化学療法室はスタッフ等の人員的な体制の充実ぶりもさることながら、個室が多くなっているなど、安心して治療を受けられる環境と整えようとしており、地域から選ばれる病院であることが頷ける。

どの病院も、このような病院であれば良いのだが、図 18 に示すグラフから、急性期病院を取り巻く環境が見えてくる。横軸が病床利用率、縦軸が医業利益率で、DPC 対象・準備病院がプロットされている。大きな傾向として利用率が

高い病院ほど利益率がよさそうに見えるものの、利益率が 10%を超えるような病院から、-20%を下回るような苦しい病院まで、そもそもの医業利益率の振れ幅が非常に大きいことが読み取れる。

今回のメジャー・マイナーの区分けは、元気がよい病院にはより収益が上がるように、元気が無い病院にはより苦しくなるような制度になり兼ねないだろうか。効率的な医療や体制整備にインセンティブを与える制度であることは理解しつつも、もはや万年マイナーで落ち着こうとしている病院にとってみたら、マイナス的な要素しか無い可能性すらある。格差は益々広がっていくのではないだろうか。

①DPC対象・準備病院（一般病院）

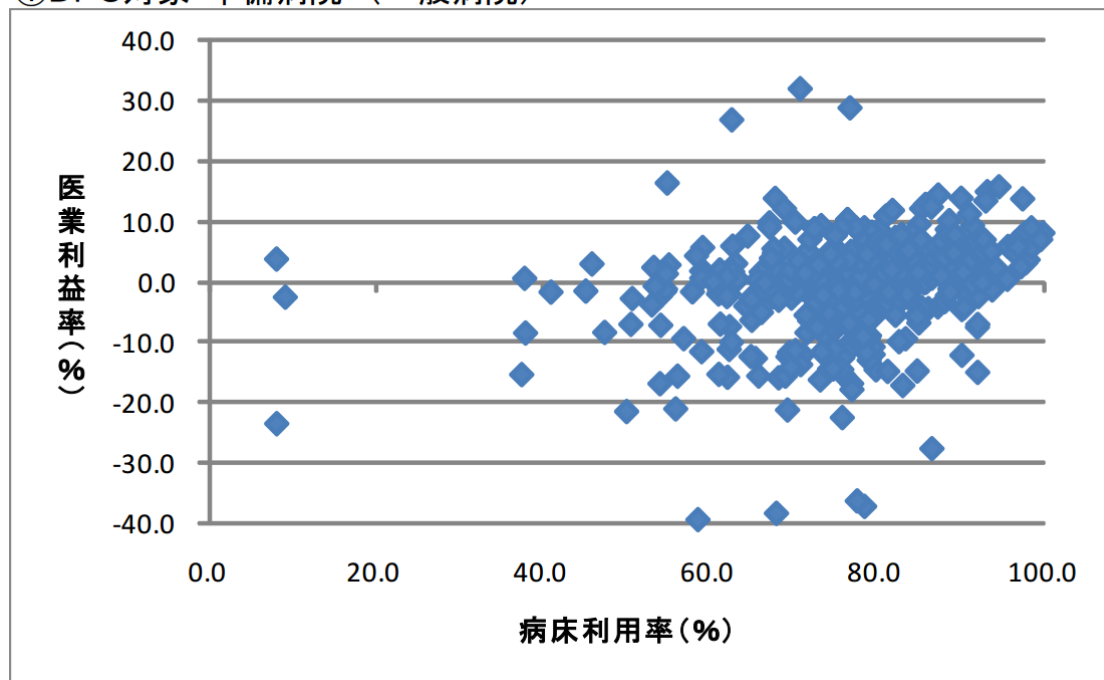


図 18 医療利益率の分布 出所: [14]

■『医師確保』が生むスパイラル

広がる格差を埋めることはできないだろうか。
「収益を上げるには何はなくとも『人』が必要だ」と医療者を確保したがる病院は多いが、将来、医療者確保がままならなくなってしまう可能性がある。

メジャー入りした病院のスパイラル

- ① 収益的に恵まれる
- ② 利益を人材育成、人材採用、設備・機器整備に投資

メジャー入りは採用面でもアピール
(高度な医療をしています！)

- ③ より収益があがる
- ④ メジャー維持
- ⑤ ①に戻る、以下繰り返し

マイナー落ちた病院のスパイラル

- ① 収益的に苦しくなる
- ② 人材育成、人材採用、設備・機器整備に十分投資できない

さらに、採用では、メジャー入りした病院に比べ、アピール力に欠ける

- ③ より収益的に苦しくなる
- ④ メジャー昇格できず
- ⑤ ①に戻る、以下繰り返し

この2つのスパイラルから抜け出せなくする要因として、医師、看護師、薬剤師等、医療者の人材確保に苦労していることがある。医療者確保の苦労は日医総研リサーチエッセイ「近年の医療政策の意図せざる結果：医療分野における人材紹介ビジネスの拡大」[15]に詳しい。医療

者確保のために人材紹介会社を使うにはお金が必要で、人材採用にお金が割けないことは、医師不足、看護師不足、薬剤師不足に直結することさえあるだけに、マイナー落ちした病院のスパイラルは、非常に現実的である。

地域の中核病院として、軽症から重症までまんべんなく見ている病院など、今回の枠組み上、評価することが難しい病院が、医師確保などに苦しみ、結果として、地域の医療が崩壊する、そんな最悪なシナリオが現実にならないことを祈るばかりである。

■はしご外し

ただ、収益面では、係数の違いはクリティカルにならないと思われる。それは前出の医療機関ごとの収益性のバラツキがそもそも大きいように、係数の違い以上に、各病院の努力の余地が残されているように思う。これは前職で急性期病院の経営分析を行なってきたときに感じたことである。

係数の違いによる収益的なインパクトよりも怖いのが「はしご外し」である。メジャー入りした病院と、マイナー入りした病院。これらはどちらもDPC対象病院、つまり急性期の病院である。ただ、政府が描く医療の将来像では、急性期病床は、「高度急性期」と、「一般急性期」に区別される絵を描いている

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○ 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。

○ 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

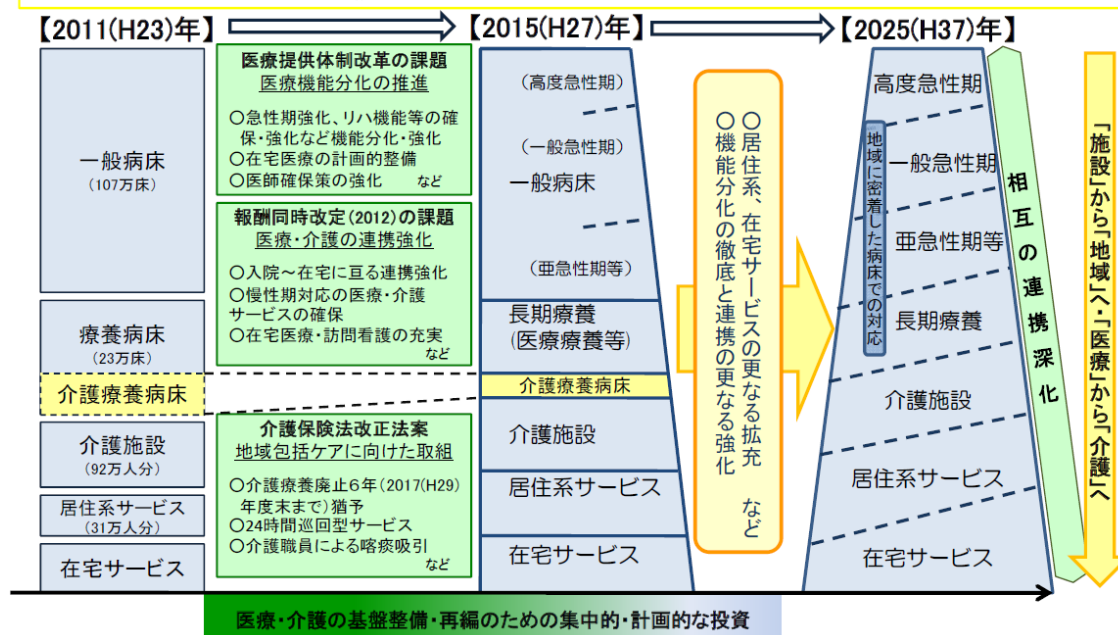


図 19 将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ 出所：[16] 配布資料

これらの病床について、何か差を設ける可能性が考えられる。この差が、地域で高度な急性期を担っているマイナー病院にとっての『はしご外し』になり兼ねないか憂慮している。

高度急性期＝メジャー（Ⅱ群）、一般急性期＝マイナー（Ⅲ群）、というような区分けになり、例えば、メジャーでなければ5対1看護配置は算定できない、先進医療はできないといった違いが設けられる可能性もあり得る。メジャー・マイナーの入れ替えが頻繁になされる場合、病院毎の提供機能の制約は現場に混乱が生じるため、そこまでの差が設けられない可能性もあるが、あくまでも考えられるシナリオとして、無くはない話である。それはChapter.2で見たように、Ⅱ群の病院がない県もあるものの、どの都道府県にも最低1病院は大学病院があるため、アクセス面等での問題が生じない最低ライ

ン（都道府県にⅠ群かⅡ群が1病院以上）は維持できている前提で、Ⅰ群・Ⅱ群・Ⅲ群の各グループ内において、ある程度対象患者や対象疾患が同じとなる条件下で、より効率的な医療を提供する競争を促し、インセンティブを与えることで、医療費抑制につなげようとすることも考えられなくもないのではないだろうか。

なお、図19において高度急性期から長期療養まで縦長のボックスで示されている「地域に密着した病床での対応」が、地域的に、病床・機能の再編にそぐわないケースへの配慮を表しているものと思われる。「高度急性期」という表現は、「病院」全体を指しているのか「病床」を指しているのか明確な結論は示されていないが、もし仮に「病院」であった場合、混乱は避けられないだろう。（「病床」という方向性で話が進んでいるように思われる）

■総合診療医の育成

このメジャーとマイナーの区分け。実績要件として初期研修医が設定されているため、初期研修医がメジャー、もしくはメジャーを目指す病院により集まることを後押しする可能性がある。その初期研修医たちは、色々な診療科をラウンドするという意味では、メジャー入りした病院で見る疾患は高度急性期に偏った患者である可能性があり、オールラウンドに見られる医師を育てる環境として適しているか疑問である。国民健康保険中央会から平成22年3月に出された総合医体制整備に関する研究会 報告書[17]の中にも「大学の中の専門科の中をぐるぐる回っても、あまりプライマリケアの教育にはならないのではないか」といった意見・記載が見られる。大学に準じた医療を提供するメジャー入り

した病院が総合医の育成を行うには、指導する医師が揃っていることはもちろん、経験を積むための診るべき患者が揃っていることも不可欠である。

今後、総合医の必要性が増してくる中で、それに逆行するような研修医の争奪戦の火種を作することは、いささか疑問である。メジャー病院が総合医育成にきわめて有利な環境であるならばまだしも、おそらくそういったことは短期的に解決できないだろう。医師育成は結果が出るまでに時間がかかるだけに、中長期的な視野で慎重に政策誘導してもらいたい。

患者視点が置き去りになったメジャー、マイナーの区分けにより、少々過激なシナリオだが、地

域の中核病院が苦しむ可能性を予測した。どうかして、これは防げないだろうか。最後、

Chapter.4 では、患者、病院それぞれが何かできないか模索してみたい。

Chapter.4 よりよい医療を期待して、患者、病院にできること

これまで包括払い制度と、DPC 病院群が今後の急性期医療に与える影響を考え、患者視点が足りないことや、地域の中核病院が人材確保などに苦しみ可能性があることを述べてきた。最後、Chapter.4 では、よりよい医療を創るために、DPC 病院群というひとつの切り口から、患者、病院にできることを考えていきたい。

■実績要件への患者意向の反映

Chapter.2 で見てきた 4 つの実績要件は、患者視点ではなく、大学病院を評価するために、大学病院に準じた病院を選ぶ視点で定義されていた。そこで、どのようにしたら、患者視点であり、患者の意向を反映させることができるか考えてみたい。

患者・一般市民によい病院とはどのような病院ですかと聞くと、「病気が治る」、「無事退院（転院、施設に入居）できる」、「病気・症状の悪化が止まった、ゆつくりになった」などの期待値の高い、抽象的な答えが返ってくる。実のところ、病気が治るか、治らないかは、病院に来るまでにある程度決まってしまう。例えば、がんであれば、初診時の進行度合で、治療成績は大きく変わるため、単純な比較は難しい。よい取り組み事例として、以前ブログ [18]でも紹介した全がん協が公表したがん 5 年生存率は、患者背景をある程度考慮した比較になっており、A 病院と B 病院を比べられる可能性が高い事例である。

このような指標を実績要件に入れることが難しいことは重々承知しているが、患者の意向として、こういう取り組みを理解し、支えることが重要なのではないだろうか。患者の具体的なアクションとしては、まず、こういった指標を積極的に

公開している病院は「良い病院」であることを認識するだけでも良い。さらにそれらの指標を比較し、自分にとって良い病院が何か判断できるような理解力をつけることができればベターだ。少なくとも、世の中にあふれているランキング本を鵜呑みにして、ランキング上位の病院に行っているうちは、患者が実績要件を変えることはできない気がする。

指標を公開している事例として、Chapter.3 でも紹介した済生会熊本病院は主な指標はもちろん、治療成績まで開示している（参考：済生会熊本病院 外科 診療実績 [19]）。また、聖路加国際病院も、Quality Indicator（医療の質）を 2007 年から継続して開示。書籍も出版し、他病院の参考となっている（参考：聖路加国際病院 Quality Indicator [20]）。他では、聖隷浜松病院（参考：聖隷浜松病院 クリニカルインディケーター [21]）、荻窪病院（参考：荻窪病院 Quality Indicator [22]）など、積極的な病院においては、非常に充実した開示を行なっている。

「開示すること」が 1 つ目のステップであるならば、次は、「比較・評価すること」である。1 つ目の開示している内容が明確な算定条件・前提

条件に基づいているならば、比較・評価することで、よりよい病院というものが見えてくる。条件を揃え比較している事例としては、医療の質の評

価・公表等推進事業が挙げられる。下記表 6 には平成 22 年度～24 年度に採択されたグループを示す。

平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
独立行政法人 国立病院機構	社会福祉法人 恩賜財団済生会	社団法人 全日本病院協会
社団法人 全日本病院協会	全日本民主医療機関連合会	全日本民主医療機関連合会
社団法人 日本病院会	一般社団法人 日本慢性期医療協会	一般社団法人 日本慢性期医療協会

表 6 厚生労働省 医療の質の評価・公表等推進事業 実施団体 出所：[23][24][25]

例えば、国立病院機構であれば、各病院、同じ基準で評価・比較できるようにしている。指標によっては病院単独で決まるのではなく、地域の医療機関や施設との連携状況に影響を受けやすいものもあるため、単純に比較すると評価を

誤ってしまう場合もある。そのため、読む側が注意しなければならないこともあるが、比較できる状態にあるということは、なぜ？という背景を考えるきっかけになるし、何らかのアクションにつながることも期待できる。

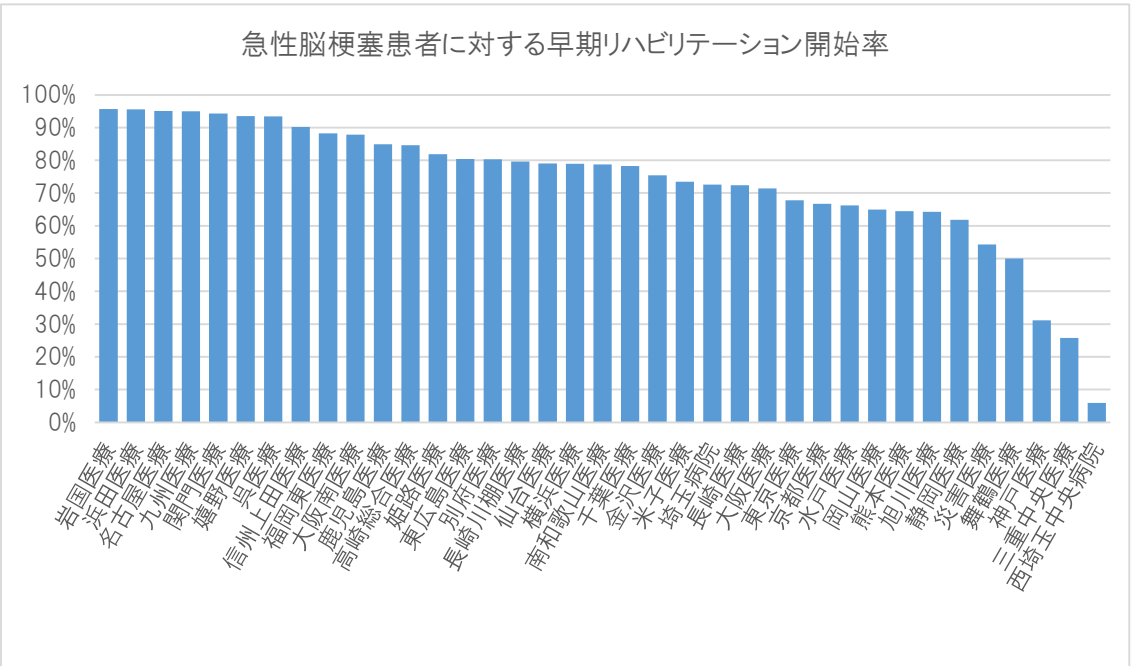


図 20 国立病院機構 急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率
出所：[26]を元に作成

上記の脳梗塞患者に対するリハビリ実施は、早期に開始した方がよいというエビデンスも多く発表されている(参考: 脳卒中治療ガイドライン 2009 [27])。この指標だけで判断すれば、グラフの左側の病院は良い病院だし、右側の病院は悪い病院である。

このように客観的な数値、指標により良し悪しを判断できるように努力している透明性の高い病院は、患者から見て『良い病院』であるということを強く意識することが非常に重要である。日本

の医療は、国民皆保険制度、フリーアクセスであるがゆえ、患者側は、このような透明性の高い病院は「良い病院である」と評価することが、日本の医療の質の向上に寄与できる道である。

その上で、指標の比較により、具体的な成績が良い病院が、メジャー入りの実績要件を満たすか、もしくは何らかの恩恵を受けるような制度ができることが望ましい「患者視点」を反映した制度構築なのではないだろうか。

■適正な医療費負担による医療の質の向上

病院の透明性が高まってくると、病院の良い点、悪い点が客観的に見えてくる。良い病院、良い医療サービスには、もっと費用負担してもよいと思う人がいるはずだ。医療費は高齢化と医療技術の進歩により年々増加しており、財政的な危機に繋がっている。どうやって医療費の増加を抑制させようか、行政はあの手この手を考えているわけで、DPC/PDPS 制度も、効率的な医療を促すことで医療費を抑制させる策のひとつである。ただ、医療費増加を抑制させようと取り組んでいる一方で、がん患者などに話を聞くと「一生に一度のことと思えば、いくら払ってもよいから、良い医療を受けたい」「下手な健康食品にお金をつぎ込むくらいなら、信頼できる医者に面倒を見てもらい、お金を払いたい」といった声も聞く。患者が払いたいと思っても、一部の自由診療を除けば、払う土壌が整っていない。そこで、病院・医療の透明性が高まってきたならば、それらの情報をもとに、患者が払いたい・評価したい病院・医療に対し、診療報酬を厚くするような議論ができないだろうか。これまで診療

報酬は、医療行為に伴う原価に基づき点数が設定されてきたものが大半である。それゆえ費用対効果の議論をしにくい環境になっていた。本当の意味での「患者の声」が届く診療報酬制度にするためには、病院・医療の透明性が不可欠である。

「患者の声」が届く診療報酬制度に変わった場合、医療の質の向上スピードが増すと考えている。今は、感染防止対策加算のような、人員配置とカンファレンス開催等の実績により、加算がもらえるといった、ストラクチャーに対する政策誘導的な診療報酬へのインセンティブが多い。これを、感染対策が取られ、結果、院内感染等の発生率が低く抑えられたという評価・アウトカムに対し、報酬のインセンティブを与えることができれば、質の向上に対し、より積極的に取り組むようになるはずである。この仕組みを有効なものにするには、患者が医療の質に興味を持つことが肝ではないかと考えている。

■かかりつけ医・在宅医療の重要性認識と、急性期医療の効率化進展

医療の質の透明性が高まってくると、ますますその背景にある「病院の医療」だけではない部分が見えてくる。例えば、褥瘡の発生率で考え

てみる。前出の国立病院機構の資料から、病院別の褥瘡の院内発生率分布を図 21 のグラフに示す。

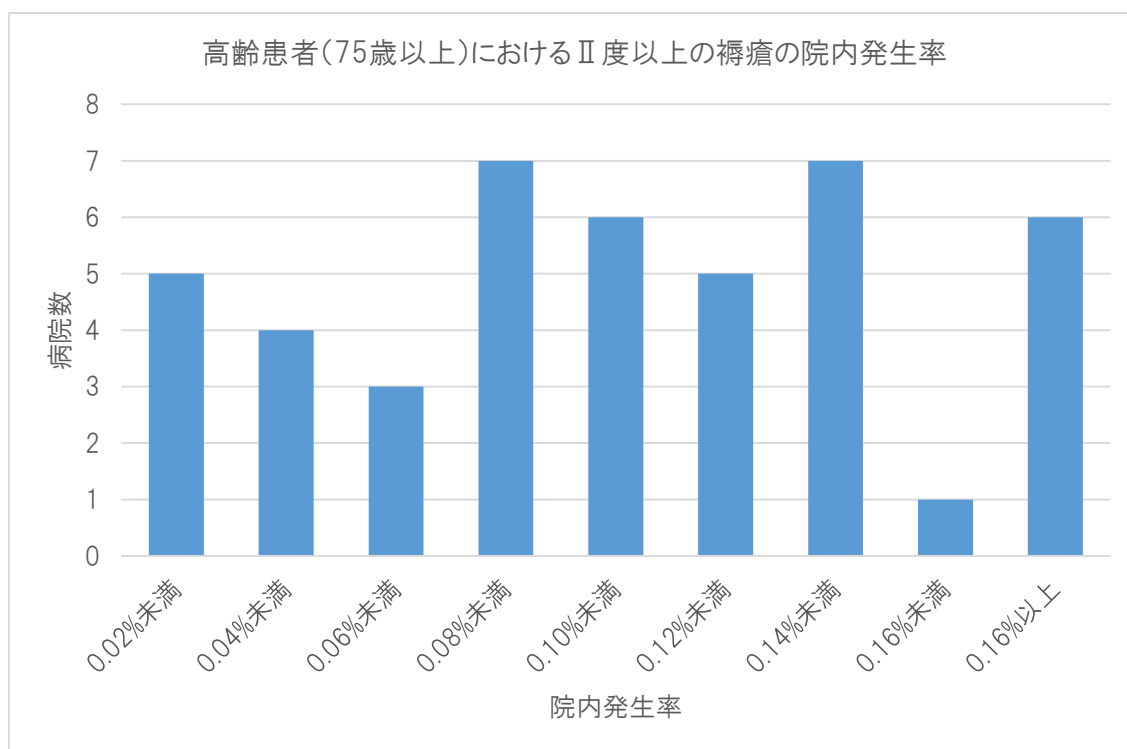


図 21 国立病院機構 高齢患者(75 歳以上)におけるⅡ度以上の褥瘡の院内発生率

出所: [26]を元に作成

低い病院もあれば、高い病院もある。でもこれをそのまま鵜呑みにすることは危険である。例えば、ひどい褥瘡がある患者が近隣老人施設から高い頻度で入院してくる、他院から転院してくる、といった病院は、自分の病院での取り組み以前に、この指標は悪くなる可能性がある。このように、結果を鵜呑みにせず、自らの見目を養うことも重要であるが、何よりも、医療の質の透明性が高まってくると、単独の治療行為や診療行為ではなく、一連の医療システムとしての

評価をせざるを得ない状況が多くなってくるはずである。褥瘡ひとつとっても、どういった疾患で、患者家族はどういった構成といった患者背景から、病院に入院する時点でどの程度の状況になっていたのか、そして、病院に入院してから適切にケアできているか、退院後、在宅や施設で適切なケアができているか、すべてが一連となり、褥瘡ができる。そのため、自分の病院の質をあげようとしたら、関連する地域の医療システム全体をよくしなければならない。

つまり、急性期の医療の質の透明性が高まると、かかりつけ医や在宅医療、慢性期病院といった急性期以外の医療にも、その効果が波及する。かかりつけ医や在宅医療を担う医療者とのコミュニケーションなどの重要性の認識が高まるであろう。

■おわりに

急性期医療の質の向上は、病院が透明性を高め、患者もそれを理解する力と病院が透明性を高めることに対する適度なプレッシャーを与えることが重要である。透明性を高めることに DPC/PDPS 制度を用い、アウトカムの向上させることに DPC 病院群の仕組みを用いることはできないだろうか。患者視点が置き去りになっている DPC/PDPS 制度、DPC 病院群は、病院経営のテクニックとして重要になりつつあるものの、真に価値のあるものに昇華させるためには、患者・一般市民が、まず現在の医療がどうなっているのか、もっともっと関心を持つことが肝要である。

引用文献

1. 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会(第 222 回). DPC 制度(DPC/PDPS)に係る医療機関の手続き等について(案). (オンライン) 2012 年 3 月 28 日.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000025zci-att/2r98520000026eyh.pdf>.
2. 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 平成 22 年度第 7 回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会. DPC 制度の概要と基本的な考え方. (オンライン) 2010 年 10 月 26 日.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000uytu-att/2r9852000000uyyr.pdf>.
3. 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 平成 24 年度第 3 回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会. DPC/PDPS の基礎係数について. (オンライン) 2012 年 6 月 20 日.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002d7vj-att/2r9852000002d7zr.pdf>.
4. 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 平成 24 年度第 1 回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会. 平成 24 年度診療報酬改定の概要(DPC 制度関連部分). (オンライン) 2012 年 4 月 25 日.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002909e-att/2r985200000290dw.pdf>.
5. 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 平成 23 年度第 6 回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会. 医療機関群設定の検討に係る集計結果(概要). (オンライン) 2011 年 8 月 31 日.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ng4g-att/2r9852000001ngh4.pdf>.
6. 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 平成 23 年度第 10 回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会. 医療機関群の具体的な要件について(2). (オンライン) 2011 年 11 月 30 日.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wkia-att/2r9852000001wkpn.pdf>.
7. 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 平成 23 年度第 9 回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会. 医療機関群の具体的な要件について(2). (オンライン) 2011 年 11 月 7 日.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001u23a-att/2r9852000001u27t.pdf>.
8. 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 平成 24 年度第 5 回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会. DPC導入の影響評価に関する調査結果について「施設概要表」. (オンライン) 2012 年 8 月 21 日. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002hs9l-att/2r9852000002i3fr.xls>.
9. ー. 基礎係数・機能評価係数 II の次回改定対応に係る基本方針と今後の検討課題について(案). (オンライン) 2012 年 8 月 21 日. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002hs9l-att/2r9852000002hsgp.pdf>.
10. 厚生労働省. 平成 23 年社会医療診療行為別調査. (オンライン) 2011 年. http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001029602.
11. 独立行政法人 福祉医療機構. 平成 22 年度病院の経営状況. (オンライン)
http://hp.wam.go.jp/Portals/0/docs/toukei/pdf/h22_byouin.pdf.
12. 社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院. 数字で見る済生会 2011 年度. (オンライン) http://sk-kumamoto.jp/about/in_figures.html.
13. ー. 外来がん治療センター. (オンライン) http://sk-kumamoto.jp/cancer_care/cancer_care_ctr/.

14. 厚生労働省. 平成22年度病院経営管理指標. (オンライン)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/keieisihyou/22kannri.html>.
15. 日本医師会総合政策研究機構. 日医総研リサーチ・エッセイ No.57. 近年の医療政策の意図せざる結果:医療分野における人材紹介ビジネスの拡大. (オンライン) 2012 年 4 月 2 日.
<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=477>.
16. 内閣官房 . 社会保障改革に関する集中検討会議(第十回). (オンライン) 2011 年 6 月 2 日.
<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai10/gijisidai.html>.
17. 国民健康保険中央会. 総合医体制整備に関する研究会 報告書. (オンライン) 2010 年 3 月.
http://www.kokuho.or.jp/insistence/lib/sougouei_houkokusyo_20100419.pdf.
18. 株式会社メディチュア ブログ. がん対策の指標評価. (オンライン) 2012 年 11 月 6 日.
<http://meditur.blogspot.jp/2012/11/blog-post.html>.
19. 社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院. 診療科・部門の実績 外科センター(外科). (オンライン) <http://sk-kumamoto.jp/departments/achievements/surgery.html>.
20. 聖路加国際病院. Quality Indicator(医療の質). (オンライン)
<http://www.luke.or.jp/about/graph/index.html>.
21. 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院. クリニカルインディケーター 2011 年度. (オンライン) http://www.seirei.or.jp/hamamatsu/about/clinical_indicator/default.html.
22. 医療法人財団 荻窪病院. Quality Indicator 2011. (オンライン) http://www.ogikubo-hospital.or.jp/aboutus/images/pdf_all.pdf.
23. 厚生労働省. 平成 22 年度医療の質の評価・公表等推進事業を実施する団体について. (オンライン) 2010 年 6 月 30 日. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2010/06/tp0630-6.html>.
24. ー. 平成 23 年度医療の質の評価・公表等推進事業を実施する団体について. (オンライン) 2011 年 6 月 30 日. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2011/06/tp0630-3.html>.
25. ー. 平成 24 年度医療の質の評価・公表等推進事業を実施する団体について. (オンライン) 2012 年 6 月 29 日.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/topics/2012/06/tp0629-1.html.
26. 独立行政法人 国立病院機構. 平成 23 年度医療の質評価・公表推進事業における臨床評価指標. (オンライン) 2012 年 10 月 30 日. <http://www.hosp.go.jp/7,11979.html>.
27. 脳卒中治療ガイドライン 2009. VII. リハビリテーション 1. 脳卒中リハビリテーションの進め方 1-4. 急性期リハビリテーション. (オンライン) http://www.jsts.gr.jp/guideline/283_286.pdf.



Meditur Insight vol.1
2013 年 1 月

株式会社メディチュア
info@meditur.jp