

## これからの医療と診断群分類（DPC）の活用

高橋 進

日本大学大学院/国立横須賀病院名誉院長

key words : DPC, MDC, 包括支払い制度, 病院管理手法

### 要 旨

平成 15 年 4 月から全国特定機能病院等 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) を用いた包括支払制度が開始され、本年 4 月から一部の国立病院や民間病院にも導入されている。急性期入院医療の包括支払い評価というこれまでにない大きな医療制度改革であり、関係者の関心はきわめて高い。

DPC の目的は、DPC は包括化による医療費削減が主目的であるような議論もあるが、医療に関連する情報の標準化と透明化であり、この情報に基づいて医療サービスの適切且つ効率的な提供体制を整備していくことと信じている。

包括支払い方法としての DPC にはまだ改善点が多く、継続的な精緻化の必要性や粗診粗療を防止すべき仕組みなどの開発が望まれる。すなわち sicker and quicker (まだ重いのにもう退院), premature discharge (早すぎる退院) という言葉が流行しないことを願っている。

本稿では、筆者が平成 10 年から現在まで「急性期入院医療の定額支払い方式」の診断群分類に携わっている経験および、その資料を基に DPC の今後の方向性について、特に腎臓内科領域についての私見を述べる。

### はじめに

平成 15 年 4 月から全国特定機能病院等 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) を用いた包括支払制度が開始され、本年 4 月から一部の国立病院や民間病院にも導入されている。急性期入院医療の包括支払い評価というこれまでにない大きな医療制度改革であり、関係者の関心はきわめて高く、医療費削減という「シナリオ」の下にすべての民間病院への拡大の布石が打たれたとの憶測も飛び交って、関係者が振り回されている。

DPC は、平成 13 年度から開始された厚生労働科学研究「急性期試行診断群分類を活用した調査研究」班によって開発された分類<sup>1)</sup>である。診断群分類はそれに対応した情報システム、病院管理手法、質の評価手法の検討など総合的な研究が続けられている。

本稿では DPC とはなにか、その意義はなにか、DPC を推進する上で、どのような問題点があるかを模索し、かつ 16 年度版の診断群分類から、特に腎臓内科領域での現状と課題についての私見を交えて記述する。

### 1 なぜ診断群分類が必要なのか

医療を取り巻く経済状況の悪化により、医療費の高騰に関心が高まっている。特に医療の質に対する国民の関心が高まり、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十分に応えられるものではない。例えば膨大な数の傷病名、一つの病態に対する複数の傷病名あるいは治療法などがあり、患者は十分には理解していないようである。

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、それを説明する義務がある。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では、より客観的な選択が可能になるであろう。また、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、それを医療の現場のスタッフと経営者側で共有する必要がある。これらを理解しやすくすること、単純化することが要求される。したがって、個別の診療行為ではなく、包括された傷病群での評価が必要となるのではなかろうか。

DPCの目的は、医療に関連する情報の標準化と透明化であり、この情報に基づいて医療サービスの適切且つ効率的な提供体制を整備していくことと信じている。DPCは包括化による医療費削減が主目的であるような議論もあるが、一部には認識、情報不足が誤解を招いている可能性がある。

## 2 診断群分類と包括支払い制度の変遷

平成10年11月から国立病院等において診断群分類DRG (diagnosis related groups) を用いてPPS (prospective payment system) との組み合わせによる1入院当たりの包括支払いが試行<sup>2-5)</sup>された。その後平成13年4月から民間病院等の54施設で包括支払いを伴わないDRGデータ収集が始まった。試行や民間病院等のデータ収集から次世代の包括方法が模索され、特定機能病院等で平成14年7~10月にDPC基礎調査の実施のデータを基に、平成15年4~6月にかけて特定機能病院等82施設にDPCを利用した1日当たりの包括支払いが導入された。診断群分類バージョンも当初13から15、現在は16となっている。DRGとDPCは本質的には相違がないが、問題点を検証し、よりわが国になじむ形に進んできている<sup>1-5)</sup>。

## 3 DPCとはなにか

DPCはケースミックス (casemix) 分類と総称さ

れる分類手法の一つであり、患者を傷病名と提供されたサービスの種類の組み合わせによって分類するものである。ここで重要な点はケースミックス分類はいかなる支払い方法も意味しないことである。わが国のDPCも、各分類における資源消費の均質化が進めば、PPSとの組み合わせで活用することも可能であり、現に包括支払いに応用されてきている。この意味では、アメリカで開発・利用されてきているDRGとも本質的な差異はない<sup>4)</sup>。

これらの先行研究との最も大きな違いは、包括支払い方式への対応であり、アメリカにおいてのDRG/PPSは、1傷病にはホスピタルフィー部分がすべて包括されている。わが国の国立病院等での試行の場合は出来高と包括支払い部分の併用であり、かつ1入院当たりの包括支払い、DPCの包括評価部分はホスピタルフィー的要素の診断群分類毎の入院1日当たりの包括評価、および医療機関別係数による評価・調整およびドクターフィー的要素の出来高部分からなっていることである。

DPCに基づいてPPS方式が導入された場合は、一般的には医療費削減に直結し、わが国においても、アメリカにおけるいわゆるホラーストリーと同様の現象が起こりうる可能性がある。

事前に支払額が確定しているために、病院側にはコスト削減へのインセンティブが働き、そこに粗診・粗療につながる危険性があるとの誤解も散見される。DRG/PPSの導入が医療サービスの質に与える影響については、包括医療や給付を削減すると医療サービスの質が低下するという股裂き状態については、アメリカ等の先進諸国では、明らかな質の低下は証明されていない<sup>1)</sup>。確かに在院日数や医療資源の投入量は減少しているが、サービス内容が透明化されることで過小診療は予防される。この点に関してそれを防止するためにPeer Reviewなどの医療の質を担保する仕組みが整備される必要があることは当然である<sup>3, 4)</sup>。

診断群分類の導入による包括支払制度が病院の財政にどのような影響を及ぼすかは、そのベースとなる医療制度の枠組みと診断群分類に基づくコスト情報に依存し、診断群導入すなわち医療費削減と考えることは正しい認識ではない。むしろ、情報が透明化され、関係者の中で議論の基盤が形成され、適正な診療報酬体系が構築されるものと確信している。

4 診断群分類, ツリー図, 定義テーブル  
(DPC ver. 3~ver. 4)

平成 15 年度から使用されている DPC は ver. 3 であるが 1 年間の経験実績から, 大幅に改正され平成 16 年度からの分類は ver. 4 が利用されている。

分類作成にあたっては, 表 1 のごとく, 16 の病態別の主要診断群 MDC (major diagnostic category), 続いて, 診断名 (傷病), 医療資源の投入状況の分類コードとなる。いわゆる三層構造 (診断, 手術・処置, 合併症・併存症) を基本として分類が作成されている。傷病名と手術に関しては ICD 10 により定義, 診療行為等に関しては, 診療報酬上の区分で定義, 手術に関

してはさらに診療報酬点数表コードである K コードが使用されている。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。これらの定義が不明なとき「入院の契機となった傷病」に基づき決定される。コード表に含まれていない診断名や術式に関しては実際上の分類の情報として採用できないことが, 基本的ルールとなっている。

DPC の構造を図 1 に示す。分類は 14 桁の数値から構成され, 最初の 2 桁は「主要診断群」, 次の 4 桁は「傷病名」で, これは ICD 10 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入院での違いから「入院種別」, 小児を含む傷病では同じ病名でも成人と治療方針の違いから「年齢・体重 JCS 条件」, 病態から手術術式の相違があれば「手術等サブ分類」を分類の変数として採用している。

また, 処置についても「処置等 1」と「処置等 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が異なるため, 「副傷病名」を加え最後に, これらの項目でも呼吸しきれない要素として「重症度等」のコードが設定されている。

この分類に, 平成 14 年 7 月から 10 月に特定機能病院等 82 施設から収集した 26.7 万件のデータを分析し, 575 疾患, 2,552 分類<sup>1)</sup>されていた。しかし, 実際に包括評価に利用されるのは, 全国で 20 症例以上存在し, かつ変動係数が 1 未満という基準を満たした 1,860 分

表 1 主要診断群

1. 神経系疾患
2. 眼科疾患
3. 耳鼻咽喉科疾患
4. 呼吸器疾患
5. 循環器系疾患
6. 消化器疾患, 肝臓・胆道・膵臓疾患
7. 筋骨格筋系疾患
8. 皮膚・皮下組織疾患
9. 乳房の疾患
10. 内分泌・栄養・代謝に関する疾患
11. 腎臓・尿路系疾患及び男性性器系疾患
12. 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩
13. 血液・造血器・免疫臓器の疾患
14. 新生児疾患, 先天性奇形
15. 小児疾患
16. 外傷・熱傷・中毒, 異物, その他の疾患

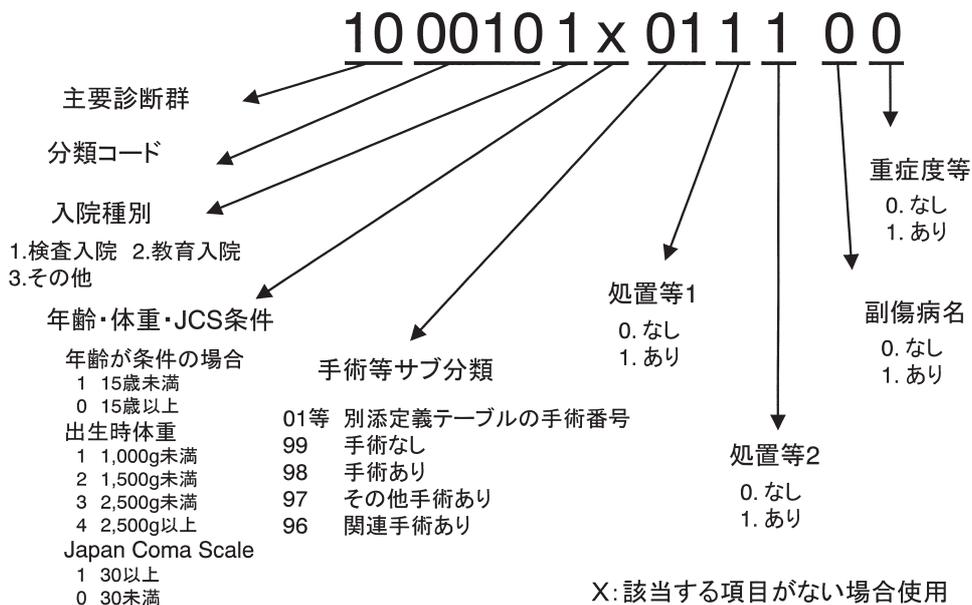


図 1 診断群類のコードの構成

類となっていたが、今回の見直しで、591疾患、1,727診断群分類と改組されている。

これらの調査では、コード上6桁に相当した部分の分析、また調査期間が7~10月と年間の1/4でしかない。さらに冬季がはずれていることで地域に絡む問題への対応、また、高額特定医療材料が包括部分に組み入れられ、また症例数が少ない疾患がDPC分類の対象外となっている可能性を考え、筆者は82施設長に独自アンケート調査「特定機能病院等における血液浄化に関する特定医療材料使用実態調査」を実施した。その結果、78.05%（64施設）の回答率で、血漿成分吸着器（劇症肝炎）年間101名、除去用吸着式血液浄化用浄化器（エンドトキシン除去用）年間620名、吸着式血液浄化用浄化器（肝性昏睡、薬物中毒）年間71名、吸着型血液浄化器年間16名、またCAPDの新規導入患者年間250名であった。

コード上の処置等の医療資源等から詳細な分析の必要性を提言し、今回の見直しである程度改善されている。また、クローン病等の分類に、高額な薬剤であるインフリキシマブ、多発性硬化症への血漿交換療法、熱傷、凍傷、電撃傷の分類にBurn Index、血液浄化療法を人口腎臓と腹膜灌流などに分類するなど、平成16年度に使用されるDPC ver. 4は一步前進していると判断できる。

## 5 包括評価の実際

包括評価の対象となる患者は、特定機能病院等および国立病院、民間病院等の一般病棟に入院している患者（2004年4月1日現在86施設で、近日中に国立病院6施設等が導入される予定）のみであり、精神科病棟、結核病棟に入院している患者は対象外である。そのほか入院後24時間以内に死亡した患者、生後7日以内の新生児の死亡、治験対象患者、臓器移植患者、高度先進医療の対象患者、回復期リハビリテーション病棟入院料等の急性期以外の特定入院料算定対象患者、そのほか厚生労働大臣が定める者が包括評価の対象外となっている。

診療報酬の設定は包括評価部分と出来高部分から構成されている。包括評価部分の点数は、診断群分類毎に定められた1日当たり点数と、医療機関毎に設定された医療機関別係数と入院日数を掛け合わせた点数の合計となる。見直し後の1日当たりの平均点数は

2,718点と、見直し前の2,759点から41点低くなっている。包括評価の範囲は、主にホスピタルフィー的要素である入院基本料、検査（内視鏡、心カテ検査、検体採取、診断穿刺を除く）、画像診断、投薬、注射、1,000点未満の処置料となっている。

一方出来高算定となる範囲は主にドクターフィー的要素である、入院基本料加算（入院時医学管理加算等を除く）、指導管理、手術料、麻酔料、精神科専門療法1,000点以上の処置、心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺、リハビリテーション、選択的動脈造影カテーテル手技、病理診断、病理学的検査判断、などである。

包括評価の対象外となる「厚生労働大臣が定める者」として、平成16年度改定で保険適用となった技術、選択的副甲状腺PEIT（J017の一部）、経尿道的尿管ステント留置術・技去術（K783-2、K783-3）、植え込み型補助人工心臓の新設（K600-2）等9技術がある。これらの包括対象外に絡む問題は、次年度については、今年度の調査によって再評価される予定である。

診断群分類毎の1日当たり点数は、在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価する観点から、図2-1に示したように在院日数に応じて3段階に設定されている。

- ① 入院日数の25パーセンタイル値（入院期間Ⅰ）までは平均点数に15%加算。
- ② 25パーセンタイル値から平均在院日数（入院期間Ⅱ）までの点数は、平均在院日数までの入院した場合の1日当たりの点数の平均点が、1日当たりの平均点を段階を設けずに設定した場合と等しくなるように設定。
- ③ 平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。
- ④ 平均在院日数から標準偏差日数から2倍（特定入院期間）を超えた場合は、その超えた日以降は、出来高により算定する。

ただし、悪性腫瘍に対する化学療法等の短期入院の分類については、25パーセンタイル値までの15%加算を、5パーセンタイル値まで繰り上げて加算し算定することが見直しで加えられた（図2-2）。初期の入院をより高く評価した疾患は、脳腫瘍、肺の悪性腫瘍、食道の悪性腫瘍（頸部を含む）、胃の悪性腫瘍、肝・肝内胆管の悪性腫瘍、骨軟部の悪性腫瘍（黒色腫を除

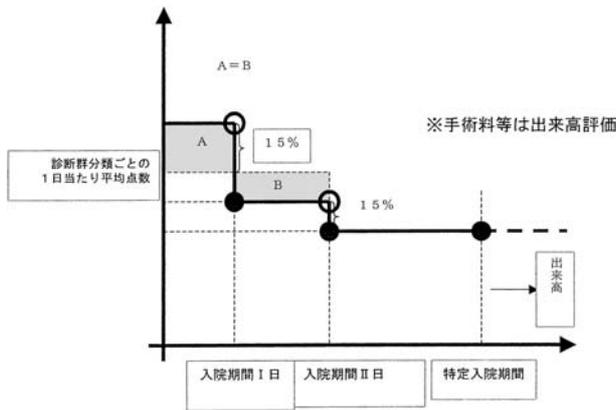


図 2-1 診療報酬の算定方法

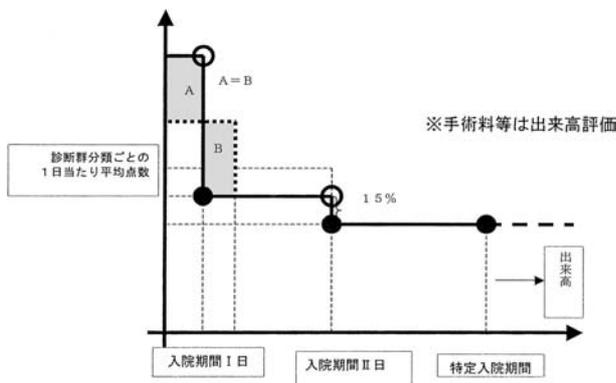


図 2-2 診療報酬の算定方法 (短期入院の分類に関する設定方法)

く), 乳房の悪性腫瘍, 前立腺の悪性腫瘍, 卵巣・子宮付属器の悪性腫瘍, 急性白血病, 非ホジキンリンパ腫である。

医療機関別係数は, 機能評価係数と調整係数を合算したものである。機能評価係数は医療機関の機能の評価するための係数で, 入院基本料等の加算等を係数化している。入院基本料等加算には, 入院時医学管理加算 (0.0115), 紹介外来加算 (0.0286), 臨床研修病院入院診療加算 (0.0006) がある。調整係数は医療機関の前年度実績を担保するための係数で, 各医療機関毎に設定されている。しかし, 試行的適用が平成 18 年 3 月までと定義づけられており, 私見であるが, この機関別の調整係数の継続は不透明であると考えている。

## 6 DPC と医療管理

### 1) DPC を活用した医療機関の評価

今回の包括評価の基盤となった調査の中で, 特定機能病院等 82 施設の平均在院日数の分布等が, 施設全体および診断群分類ごとに公表されている。平均在院日数は病院サービスの結果を計る指標の一つにすぎな

く, すべてを論じることができないが, この違いを各施設が自らの結果を正当化するためにも, ほかの指標を含めた説明責任を負わなければならない。個々の患者の病態は多様であり, 医療資源の必要度を目安に分析処理するのが DPC であることを考えると, これらの分類で説明しきれない重症度の違いや予後の違いなどの情報が必要になるであろう。例えば, ある病院の平均在院日数が長いことが, その病院の入院患者の重症度がほかの病院より高い場合, その病院の提供する医療サービスの効率性が低い場合もあるのではと思う。このような患者の病態の違いを補正するために診断群分類を活用することも可能である。

### 2) 在院日数の評価

平成 14 年度調査による特定機能病院の在院日数の比較評価は, その医療機関格差が大きな問題となっている<sup>6)</sup> (図 3)。その原因として, ケースミックスの相違, 地域差, 効率性の差異, 医療におけるスタンダードのなさなどが指摘され, また, 一方では分析に用いられた平均値と中央値の違いなども指摘され, その後分析・検討が続けられている。

外科系であれば, 術前・術後の在院日数を比較し, 在院日数の長い施設であれば短縮の余地と効率化も期待できるであろう。その上で, クリティカル・パスの活用など効率化の議論が活発化される。包括評価は患者の医療費の支払額にも影響し, 患者への説明とともに医療サービスの質への取り組みが要求されることになる。このような情報が公開されることから, 関係者が今まで以上に真剣になる。よって, 包括化すなわち粗診・粗療や手抜きなどはその施設を減ぼすことになると思う。また, このような現象は起こらないと確信している。

包括支払いという枠組みの中でサービスの効率性を高めるために, 各施設において診療科別および DPC 単位での収支分析などの内部管理的な活動が重要になる。いろいろな情報に基づいて関係者間の議論と合意がなされる, いわゆる evidence based negotiation の体制を確立すべきである。

### 3) 診療科特異性の評価

病院間のみならず専門分野毎の比較も可能であり, 各施設間の診療特性に応じて必要な MDC 間のベンチ



表2 主要な処置が在院日数に与える影響

	症例数	ΔLOS	Δ手術前LOS	Δ手術後LOS
放射線療法	8,201	18.0	6.1	21.6
中心静脈栄養	21,008	16.8	3.2	7.6
リハビリ	19,656	14.7	2.6	9.1
人工呼吸治療	10,080	13.0	1.3	5.6
抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入	1,307	12.1	2.7	7.7
インスリン注射実施	14,749	9.3	2.8	4.6
血液浄化療法	4,980	7.3	1.3	2.9
インターフェロン療法	2,952	6.5	3.6	7.0
化学療法	3,149	6.0	2.8	6.1

ΔLOS：DPC 上位 6 桁分類毎の在院日数の平均値と主要処置がある症例の在院日数の平均の差

Δ手術前LOS：手術前在院日数における平均値との差

Δ手術後LOS：手術後在院日数における平均値との差

(文献6から引用)

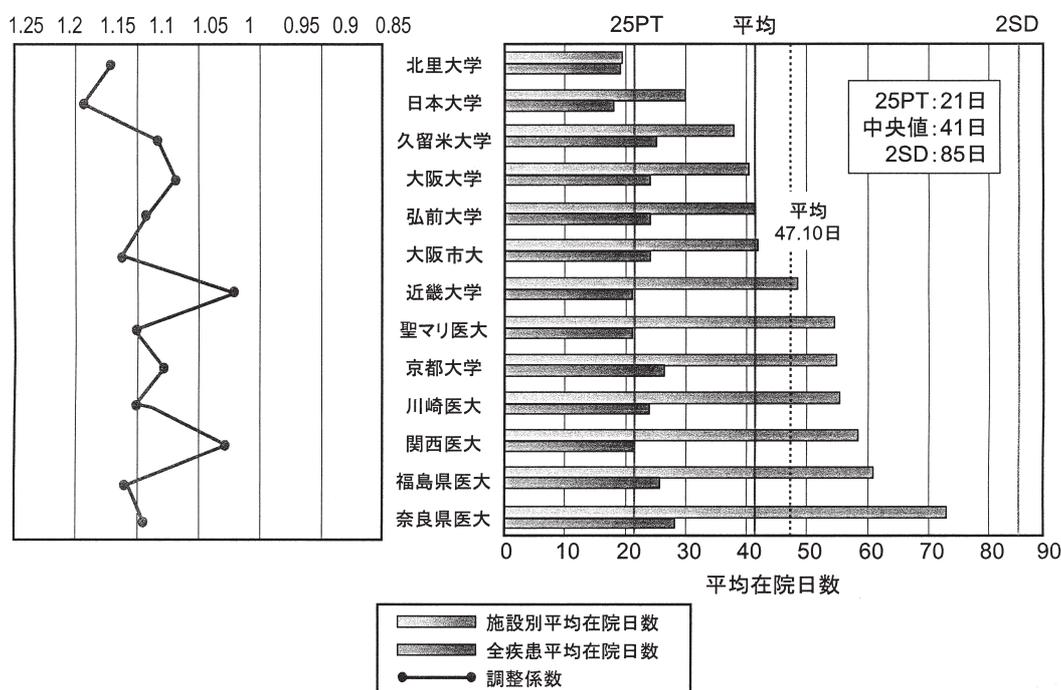


図4 ネフローゼ症候群における在院日数の病院間比較

マークを行うことも有用である。

診断群分類を活用することにより、患者の病態や治療内容が在院日数、医療費等の医療資源の必要度にどのように関係しているかの検討結果を表2に示す<sup>7)</sup>。

なにが在院日数の差異になるかを、ネフローゼ症候群のケースからを検討する(図4)。入院期間が約24日と74日と3倍にも及んでいる。この違いは、一次性か二次性ネフローゼ症候群かの違いもあるが、治療法に対して、グローバル・スタンダードがないことも一因と推察している。すなわち、私見であるが、ネフローゼ症候群におけるステロイドホルモンの投与量が30~20 mg/日で退院させているかの個人の判断も影

響しているのではと思う<sup>8)</sup>。長期入院の場合に診療報酬の包括支払い上、医療経営上に問題が発生するであろう。

次に、慢性腎不全における透析療法の違いによる診療報酬上の比較を、CAPDと血液透析間で比較<sup>9)</sup>したものを図5に示す。CAPDそのものはDPC ver.3では技術料が330点で、包括となっている。血液透析と比較すると低コストになり、将来が危惧されていたが、DPC ver.4では人工腎臓と腹膜灌流が別立てとなり、若干良い方に向かってきている。これは血液浄化療法の中に、人工腎臓と腹膜灌流療法が区別されることなく包括されていたことが一因であろう。今回の改定で

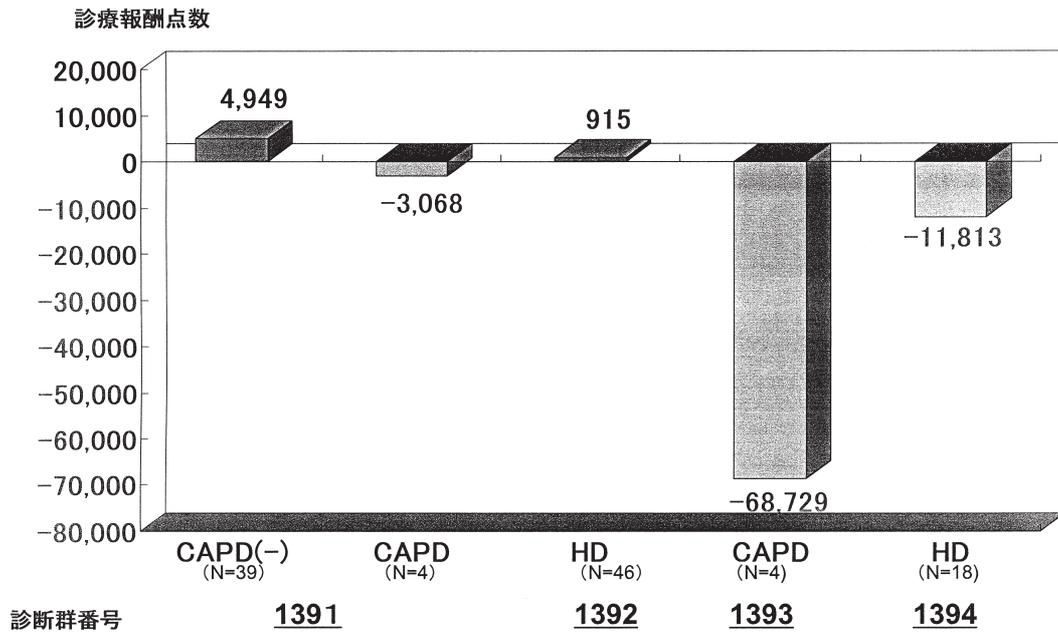


図5 慢性腎不全における療法別出来高とDPC算定の比較

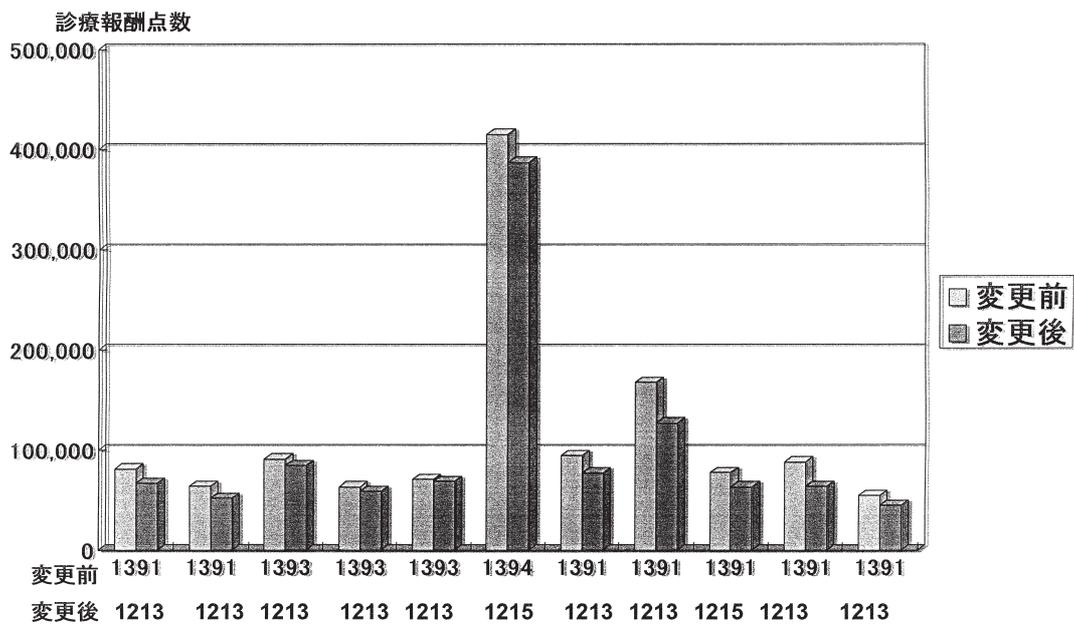


図6 糖尿病性腎不全の透析症例におけるMDCの影響

は血液透析と腹膜灌流は別立てとなって、その危惧は一部解消されている。

慢性腎不全の症例を、慢性腎不全そのもののDPC分類による診療報酬請求で点数を算出した場合と、慢性腎不全以外の合併症で分類した場合との比較が必要となる。すなわちDPC分類によって診療報酬額に差異が生じる。例えば、糖尿病性腎症由来の慢性腎不全の場合において、具体的差異を図6に示すが、糖尿病腎症の透析症例ではMDC 11での請求が概して方策であろう。いずれにしても、詳細な診断群管理の必要

性が増すであろう。

DPC ver. 4の腎臓内科領域のDPCを図7-1, 2, 3, 4, 5に示す。この図において、病名の前の括弧内に示されている数値は診断群分類番号である。また、入院期間I, IIおよびその際の点数も各図の右側の括弧内に付記して示している。枠内で出来高と記載してあるのは、今回の調査において症例数が少なく包括支払いの算出の根拠が薄く包括支払いにできなかった部分で、出来高支払いとなったことを意味している。例えば、慢性腎不全透析症例で、透析アミロイドーシスのため

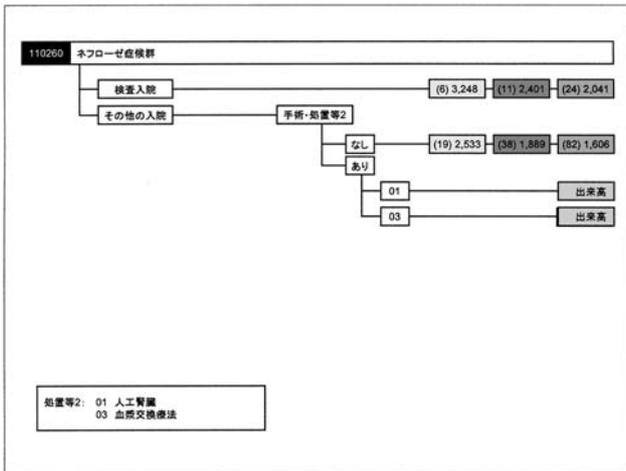


図 7-1 DPC 分類 (腎臓内科領域) (110260) ネフローゼ症候群

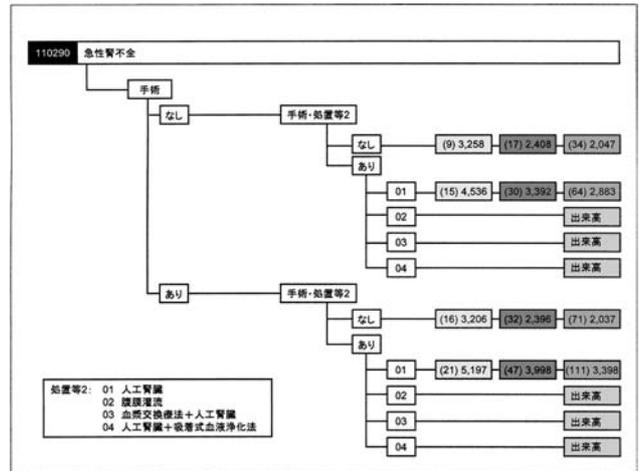


図 7-4 DPC 分類 (腎臓内科領域) (110290) 急性腎不全

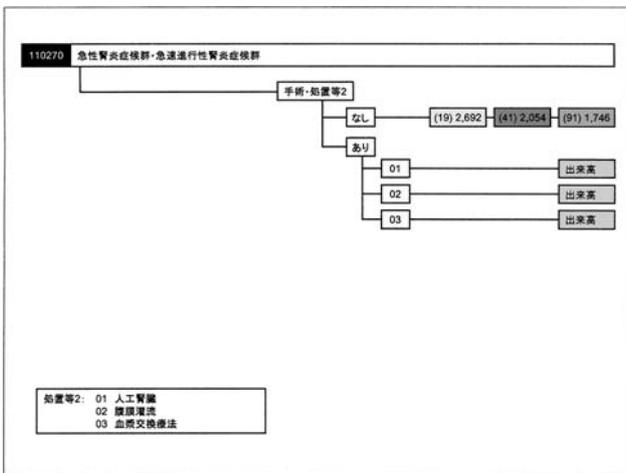


図 7-2 DPC 分類 (腎臓内科領域) (110270) 急性腎炎症候群・急速進行性腎炎症候群

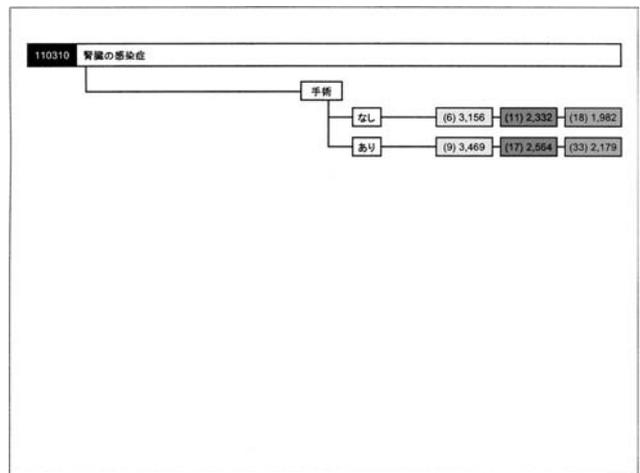


図 7-5 DPC 分類 (腎臓内科領域) (110310) 腎臓の感染症

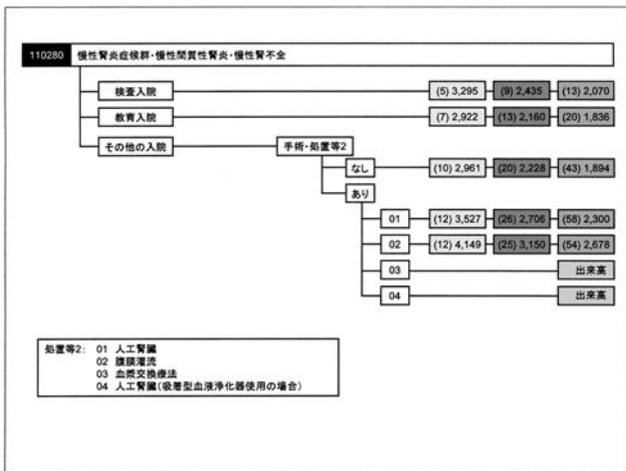


図 7-3 DPC 分類 (腎臓内科領域) (110280) 慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全

にリクセルを使用した場合は出来高で請求されることになり、また、急性腎不全の多臓器不全で人工腎臓以外に血漿交換、吸着式血液浄化を併用した場合なども

出来高での算定となる。これらは今回の改定で新しくなった点で、苦心作でもある。

### 7 今後の課題

DPC による包括評価は、歴史的にも始まったばかりの制度であり、医療の現場も保険者も患者も DPC に関して十分に理解しているとは言えない。DPC は単なる支払い単位ではなく、医療行為における情報標準化のツールであることを忘却してはいけない。DPC の分類精緻化に関しては、あくまで臨床専門家の意見とデータに基づき定義テーブルをベースとして行われていくべきである。今後 DPC のメンテナンスをどのように行うかが課題であると考えている。

現場においては、医師、診療情報管理士などの医療情報部門などの全スタッフの流れのなかで各部門の責任体制も明確にすべきである。特にデータ入力、傷病名は ICD 10 とともに医師の役割が大きいと思う。

診療報酬包括支払いにおける問題点として、DPC 運用に関して、制度そのものの効率化を上げるかが課題である。すなわち、退院時の差額調整、包括・出来高の混在などが業務を複雑にしている。

## 8 DPC の医療費への影響

DPC 対象病院の医療費の動向については、平成 13～15 年度 10 月診療分の厚生労働省保険局調査課の最近の医療費の動向（メデアス）<sup>9)</sup> により、次のように分析できる。特定機能病院は DPC により平均在院日数が短縮し、1 日当たりの医療費が増加し、DPC 導入により入院延べ日数や病床稼働率の落ち込みが一時的であり回復し、よって入院総医療費が増加している。特に DPC が導入された 15 年 4～9 月期の医科病院全体の平均は 1.4% 増であるが、特定機能病院では 2.7% 増と DPC を導入したほうが若干高かったが、10 月は医科全体の 20% 増に対し特定機能病院は 5.6% 増とより高い伸びを示していた。

特定機能病院における在院日数の 25 パーセントイル値までの 15% 加算も影響し、特定機能病院の在院日数を短縮させるインセンティブが働くことや、医療機関の前年度の実績を担保するため、各医療機関毎に設定されている調整係数の影響などがある。

### まとめ

医師が医療のすべてを決めることのできる時代は終わったといっても過言ではない。今後、どのような変化が医療界に起ころうとも、医師が医療をコントロールする権限は縮小し、これからは、臨床の場の判断よりも統計的なデータや経済的配慮が優先する時代の到来が予測される。

その手始めが DPC といえるのではと思う。特定機能病院への包括評価の導入は、医療費削減の側面のみが注目されがちであるが、DPC 診断群分類を活用した医療情報の透明化と医療機関の評価という視点も注目されるべきである。すなわち、医療機関間の比較

(medical profiling)、各施設の自主的な取り組みによる診療の標準化、DPC を利用したマネジメント手法の開発などである。

包括支払い方法としての DPC にはまだ改善点が多く、継続的な精緻化の必要性や粗診・粗療を防止するための仕組みなどの開発が望まれる。すなわち sicker and quicker（まだ重いのにもう退院）、premature discharge（早すぎる退院）という言葉が流行しないことを願っている。

この手法はすべての病院にも適用可能であり、医療の質の透明化と向上に効率的に寄与することを確認している。医科系大学附属病院が中心の特定機能病院で始まったこの手法に、先進的民間病院も参加していることの意義が大きく、今後の日本の医療界が向かう方向性が自ずから決まるであろう。

本 DPC 関連資料は、厚生労働省診断群調査研究班長会議等の最新の資料による。また、厚生労働省保険局医療課補佐江浪武志技官の指導に感謝する。

### 文 献

- 1) 松田晋哉：21 世紀の医療と診断群分類；じほう，2003.
- 2) 高橋 進：日本版 DRG/PPS を巡る諸問題。日透医誌，14；18，1999.
- 3) 高橋 進：日本版 DRG/PPS の現況と今後の見通し—腎臓内科領域について—。日透医誌，15；3，2000.
- 4) 高橋 進：腎臓内科領域における DRG/PP に関する調査研究。病院管理，38；161，2001.
- 5) 迫井正深：診断群別定額払い（DRGs/PPS）の試みと腎透析療法。腎と透析療法，46；619，1999.
- 6) 西山正徳：日本の医療保険制度の現状と課題。ヘルスケア改革の流れ；メディカルトリビューン，p.94，2003.
- 7) 伏見清秀：DPC と病院管理。社会旬報，2198 号；p.10，2004.
- 8) 高橋 進：望まれる医療と医療経営。ヘルスケア改革の流れ；メディカルトリビューン，p.64，2003.
- 9) 厚生労働省保険局調査課：最近の医療費の動向。平成 15 年 10 月版。