

⑤ 厚生労働省より提供される診断群分類マスタ (Excel 形式) および、病名基本マスタ (CSV 形式)。

という構成をとることとした。

2) 図2 (下図) のように入力画面は MDC 情報入力、ICD10 検索、診断群分類詳細、入院目的、重症度1、手術、補助情報の各エリアに分割する構成とした。なお、開発したソフトウェアの通称は「ふくろうくん」である。

フラグ	コード	Rコード	手術
11	04	K6531	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術...
11	04	K6532	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術...
11	04	K6533	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術...
11	04	K6534	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術...
07	03	K636	経鼻閉鎖術
08	03	K692	胃腸吻合術 (ブラウン吻合を含む。)
08	03	K694	胃腸造瘻術 (経皮的経腹下胃腸造瘻術を含む。)
10	03	K654	内視鏡的消化管止血術
03	02	K6562	胃切除術 悪性腫瘍手術
04	02	K656-22	腹腔鏡下胃切除術 悪性腫瘍手術
05	02	K654-2	胃腸吻合術
06	02	K654-3	腹腔鏡下胃腸吻合術
01	01	K6572	胃全摘術 悪性腫瘍手術
02	01	K657-22	腹腔鏡下胃全摘術 悪性腫瘍手術

### 3) 本ソフトウェアの公開

本ソフトウェアはWeb上で公開され誰でも無償で利用できるようにしており、東京大学の当教室のホームページあるいはMEDISのホームページからダウンロードが可能である。

(<http://www.dis.h.u-tokyo.ac.jp/byomei/DPC/index.html>)

(<http://www.medis.or.jp/>)

#### 【考察】

平成14年度のソフトウェア設計で大きな障害となったのは、厚生労働省から提供される定義テーブルが人間が読んで読みやすいエクセル形式であり、コンピュータ処理するための正規化された形式になっていないことや、全角半角が混在したり、出現することが予測できないようなコードと名称をプラスで結合したようなデータが混在していたことである。平成16年度以降の改訂ではこの点が大幅に改善され、電子点数表がリリースされた。重症度条件の記述でそのまま機械処理ができない構造が残されている点が問題であるが、

このスタンドアロンソフトウェアは、すでに国立大学病院をはじめいくつかのDPC調査対象病院に導入され、臨床現場でDPCを理解したり、DPC決定に役立てられている。今後の改良点としては、DPCツリー図の表示、およびICD10を近隣疾患に変更した場合にDPCにどのように影響を与えるかを簡単に表示できる機能の追加が望まれるところである。

# 平成 17 年度 DPC におけるアウトライヤーに関する調査

分担研究者 竹田 秀 (VHJ 機構 理事長)

## 研究要旨

「診断群分類による入院医療の包括評価制度 (DPC)」を DPC 試行的適用病院及び DPC 調査協力病院に適用した場合のアウトライヤーを調査することにより、診断群分類の妥当性を検証することを目的とする。

## I. 調査目的

昨年度に引き続き、DPC 試行的適用病院及び DPC 調査協力病院において、アウトライヤーの発生状況を把握し、その発生原因、理由を分析して診断群分類の精緻化に役立てるものである。特定の診断群分類において、アウトライヤーが発生しやすい傾向があるか、アウトライヤーの発生状況について病院の機能や特性によって差異があるかどうかを検討する。またアウトライヤーの発生する原因や理由が、患者の特性にもとづくのか、診療内容によるものかについても分析を行った。

現行の診断群分類 (平成 16 年度版) の開発に使われたデータは、特定機能病院等のデータである。主に地域医療を担っている DPC 試行的適用病院及び DPC 調査協力病院におけるアウトライヤーの発生状況を分析することによって、特定機能病院以外でも、この診断群分類が適合しているかどうかを検証できると考える。

## II. 調査方法

調査対象データの中からアウトライヤーの対象となった症例を抽出し、調査入力システムを作成した。抽出データと共に調査入力システムを配布し、各病院でアウトライヤー理由の入力を行った。各病院では該当する全アウトライヤー症例について報告することとした。

### 【調査対象データ】

平成 17 年 7 月～平成 17 年 10 月に退院した患者 (様式 1 の調査対象患者)

### 【調査対象病院】

特定非営利活動法人 VHJ 機構加盟施設であり、DPC 試行対象 11 病院及び DPC 調査協力病院 7 病院の計 18 病院

### 【調査内容】

#### 1. アウトライヤーの定義

今回アウトライヤーとして定義したのは昨年度と同様、次の 4 条件であり、区分としては 8 区分になる。(表 1)

##### (1) アウトライヤー条件

(i) 入院期間のアウトライヤー

- ①「入院期間 (日) I 未満」
- ②「特定入院期間 (日) を超過」

(ii) 点数のアウトライヤー

包括請求した点数とその部分を出来高で算定した場合の点数の乖離が大きい症例。

③「包括点数 / 出来高点数比 1.3 超」

④「包括点数 / 出来高点数比 0.7 未満」

##### (2) アウトライヤー区分

区分 1 : 入院期間 (日) I 未満の症例①

区分 2 : 特定入院期間 (日) を超えた症例②

区分 3 : 包括点数 / 出来高点数比 1.3 を超えた症例③

区分 4 : 包括点数 / 出来高点数比 0.7 未満の症例④

区分 5 : 入院期間 (日) I 未満かつ包括点数 / 出来高点数比 1.3 を超えた症例 (①かつ③)

区分 6 : 入院期間 (日) I 未満かつ包括点数 / 出来高点数比 0.7 未満の症例 (①かつ④)

区分 7 : 特定入院期間 (日) を超えかつ包括点数 / 出来高点数比 1.3

を超えた症例（②かつ③）

区分 8：特定入院期間（日）を超えかつ  
包括点数／出来高点数比 0.7  
未満の症例（②かつ④）

28. 上記に対応するコメント

29. 上記に関連するレセ電算コード

表 1.アウトライヤー定義・区分

		入院期間			
		期間 I	期間 II	期間 III	期間 IV
点数比	0.7 未満	6	4		8
	0.7～1.3	1			2
	1.3 超	5	3		7

## 2.アウトライヤーの症例の調査項目

アウトライヤーの症例の調査項目は次の 29 項目である。

1. 施設コード
2. データ識別 ID
3. 入院日
4. 退院日
5. 入院日数
6. DPC 番号
7. DPC 名称
8. 入院期間 I 日 - 1
9. 入院期間 II 日 - 1
10. 特定入院期間
11. 出来高による包括範囲点数
12. DPC による点数
13. 請求差額
14. 請求差額割合
15. 入院期間による判定 A
16. 診療報酬による判定 B
17. アウトライヤー 8 区分
18. 入院期間がアウトライヤーの理由 1
19. 上記に対応するコメント
20. 上記に関連するレセ電算コード
21. 入院期間がアウトライヤーの理由 2
22. 上記に対応するコメント
23. 上記に関連するレセ電算コード
24. 診療報酬がアウトライヤーの理由 1
25. 上記に対応するコメント
26. 上記に関連するレセ電算コード
27. 診療報酬がアウトライヤーの理由 2

### 3.アウトライヤーの理由

昨年度の内容を踏まえて、項目の内容の見直しをし、調査ではアウトライヤーの理由を次の項目内からの選択とした。

理由の A グループの 16 項目は入院期間による理由とし、B グループの 14 項目は点数比による理由として分類した。理由の B05、B06、B07、B08 を選択した場合には具体的な薬剤、特定保険医療材料に係るレセプト電算処理用コードを対応する入力欄に記入することとした。

#### (1) 理由 A グループ (入院期間による理由)

理由 A01: 標準的診療により入院診療が完了したため (クリティカルパス、入院診療計画等)

理由 A02: 標準的診療による入院診療が完了しなかったため (クリティカルパス、入院診療計画等)

理由 A03: 早期軽快・早期治癒

理由 A04: 死亡退院

理由 A05: 患者・家族の希望、都合による

理由 A06: 他病院等からの転入

理由 A07: 他病院等への転出、転院

理由 A08: 転院先等が確保できなかったため

理由 A09: 日帰り・一泊手術

理由 A10: 化学療法等の計画的入院のため

理由 A11: 術前検査等を入院前に済ませた

理由 A12: 術後検査・化学療法等を退院後に実施した

理由 A13: 入院中に合併症が生じたため

理由 A14: 請求した DPC 番号の疾患以外の疾患の治療 (副症病、並存疾患等)

理由 A15: 不詳・不明

理由 A16: その他

#### (2) 理由 B グループ (点数比による理由)

理由 B01: 標準的診療による入院治療を実施した (クリティカルパス、入院診療計画等)

理由 B02: 化学療法等の計画的入院

理由 B03: 高額な検査、頻回の検査が必要であったため (検体検査・画像検査)

理由 B04: 日帰り・一泊手術

理由 B05: 高額薬剤を使用したため

理由 B06: 高額材料を使用したため

理由 B07: 後発薬剤を使用したため

理由 B08: 低額材料を使用したため

理由 B09: 診療報酬上の加算等のため

理由 B10: 診療報酬上の加算等が算定できないため

理由 B11: 入院中に合併症が生じたため

理由 B12: 請求した DPC 番号の疾患以外の疾患の治療のため (副症病・並存疾患等)

理由 B13: 不詳・不明

理由 B14: その他

### Ⅲ. 調査結果

#### 1. 調査対象件数

[表 2]

総退院件数 71,374 件の内 DPC の適用件数は、62,693 件で DPC の適用率は 87.8% であった。アウトライヤー件数は、28,983

件で DPC 適用件数に対するアウトライヤーの発生率は 46.2% であった。病院毎の DPC 適用率は、67.4% ~ 95.2% と差があった。アウトライヤー発生率も 38.1% ~ 52.6% と病院毎に差があった。

表 2. 総退院患者数—DPC 対象患者数—アウトライヤー対象患者数

施設名	退院件数	DPC 適用件数	アウトライヤー件数	DPC 適用率	アウトライヤー発生率
施設 A	4,638	4,237	2,136	91.4%	50.4%
施設 B	3,257	2,870	1,447	88.1%	50.4%
施設 C	3,897	3,154	1,600	80.9%	50.7%
施設 D	4,172	3,601	1,676	86.3%	46.5%
施設 E	5,356	4,716	2,332	88.1%	49.4%
施設 F	2,367	2,151	819	90.9%	38.1%
施設 G	5,933	4,761	2,202	80.2%	46.3%
施設 H	2,901	2,293	1,206	79.0%	52.6%
施設 I	3,548	3,350	1,353	94.4%	40.4%
施設 J	8,797	8,359	3,705	95.0%	44.3%
施設 K	5,498	4,755	1,930	86.5%	40.6%
施設 L	4,958	4,542	2,113	91.6%	46.5%
施設 M	1,543	1,271	609	82.4%	47.9%
施設 N	3,500	3,332	1,591	95.2%	47.7%
施設 O	3,776	3,591	1,644	95.1%	45.8%
施設 P	2,427	2,209	926	91.0%	41.9%
施設 Q	1,088	996	460	91.5%	46.2%
施設 R	3,718	2,505	1,234	67.4%	49.3%
総 数	71,374	62,693	28,983	87.8%	46.2%

注)

$$\text{DPC 適用率} = \frac{\text{DPC 対象患者数 (DPC 適用件数)}}{\text{総退院患者数 (退院件数)}} \times 100$$

$$\text{アウトライヤー発生率} = \frac{\text{アウトライヤー対象患者数 (アウトライヤー件数)}}{\text{DPC 対象患者数 (DPC 適用件数)}} \times 100$$

## 2. アウトライヤー区分別分析

〔表3〕

アウトライヤーの区分別件数は、区分1（入院期間I未満）が12,643件で最も多く、構成比が43.6%とアウトライヤーの約半分を占めている。また、入院期間I未満（区分1、区分5、区分6）の合計の構成比は65.8%である。

診療報酬のアウトライヤーでは、1.3を超え（区分3、区分5、区分7）の合計の構成比は40.9%を占めている。

またアウトライヤー件数の最も少ないのは区分8（特定入院期間超えかつ包括／出来高比率が0.7未満）で構成比は0.4%であった。

表3. アウトライヤーの区分別症例数－発生率－構成比（総数のみ）

アウトライヤー区分	アウトライヤー件数	アウトライヤー発生率	構成比
1 入院期間I未満の入院症例	12,643	20.2%	43.6%
2 特定入院期間を超過している症例	2,544	4.1%	8.8%
3 包括点数÷出来高点数が1.30を超える症例	6,105	9.7%	21.1%
4 包括点数÷出来高点数が0.70未満の症例	752	1.2%	2.6%
5 「1」と「3」の症例	5,320	8.5%	18.4%
6 「1」と「4」の症例	1,093	1.7%	3.8%
7 「2」と「3」の症例	408	0.7%	1.4%
8 「2」と「4」の症例	118	0.2%	0.4%
総計	28,983	46.2%	100.0%

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

DPC 経営管理・臨床評価に関する調査研究

分担研究者 竹田 秀（VHJ 機構 理事長）

本研究は、急性期病床の経営の安定化・資質の向上を持続すべき要因と根拠を探そうとするもので、DPC の情報を活用して経営・管理の把握、改善、診療内容の向上、臨床評価など、医療の向上が図られた事例をまとめた。

### I. 総括的調査研究

ともすれば相反する命題をどのように克服して効率的な医療を実現するかを検討した。また、質の高い効率的な医療を維持するための制度のあり方にも言及した。

1. 医療の質を保証するコスト管理のあり方 （近森病院 近森 正幸）
2. 病院経営と医療の質に対する DPC 分析の活用  
（手稲溪仁会病院 檜村 暢一）

### II. 経営・管理のあり方に関する調査研究

DPC 導入による経営的影響、在院日数への影響、ジェネリック医薬品を導入するまでの経緯や問題点、成果などをまとめた。

1. DPC 対象指定に向けた改革の実践 （相澤病院 中島 幹人）
2. DPC 参加による影響について （聖隷浜松病院 白井 義隆）
3. 薬剤部における DPC へのかかわり——ジェネリック医薬品の導入について  
（日鋼記念病院 辻 康秀）

### III. DPC の精度管理の向上と活用

DPC の信頼性を高めるため、実践した事例をまとめた。

この調査研究は、DPC の存在を左右する重要な調査であった。

1. DPC 精度管理のあり方 診断群分類の適正な選択について  
（飯塚病院 福村 文雄）
2. DPC 情報の診療科へのフィードバックの試み  
（倉敷中央病院 中島 雄一）
3. 術前・術後の日数変化と診療区分別ベンチマーク  
（竹田総合病院 中村 孝）
4. DPC データの精度向上と病名の精度について

(日鋼記念病院 但木 順子)

#### IV. DPC の臨床応用・臨床評価に関する調査研究

DPC の詳細な検討やベンチマークにより、いろいろの知見が得られた。  
今後この種の事例を多くしていき、DPC の活用範囲の拡大を、目指して行  
きたいと考えている。

1. 短期入院症例の考察 (恵寿総合病院 笹谷 忠志)
2. 診断群分類別平均在院日数の比較調査 (聖マリア病院 高松 純)
3. 注射抗生剤投与の実態 (竹田総合病院 平田 和彦)
4. 画像診断検査数の推移とコストの変化 (日鋼記念病院 小関 幸夫)
5. DPC 分析によるパス作成への提言 (日立総合病院 飛田 泰之)
6. ベンチマークによる DPC 包括部分の検査・処置・注射の検証  
(洛和会音羽病院 関本 達之)



## DPC に対応した審査システムの開発に関する研究

分担研究者 吉田 英機 昭和大学医学部泌尿器科学教室 教授  
研究協力者 富士 幸蔵 昭和大学医学部泌尿器科学教室 助教授  
杉原 弘晃 昭和大学医学部泌尿器科学教室 兼任講師  
井原 裕宣 杏林大学医学部総合医療学講座 非常勤講師

研究要旨 病院情報 IT システムのアンケート調査により、現在の病院情報システムが未成熟であることが明らかになった。また、審査委員アンケートから現在の審査システムの具体的な問題点が明らかになった。  
今後、新たな DPC 審査・監査システムの構築および DPC 審査マニュアルの作成の必要性も明確になった。

### A 研究目的

診断群分類（DPC）による診療報酬包括評価は平成 15 年度より導入され、平成 16 年度に見直しが行われ現在に至っている。この間に当初の特定機能病院等 82 施設に加え、平成 16 年度より試行的に 62 施設にも適用が拡大された。平成 18 年度には診療報酬改定に伴い DPC も再度見直されると共に、さらに 200 余りの調査協力病院にも DPC による包括評価が拡大される予定である。DPC 自体は二度の見直しが加えられ、より簡略化されつつ精緻化もされようとしているが、DPC により算定された診療報酬の審査等に関しては未だ明確な変革はされていない。医療費削減を求められている現状では、医療費の適正配分は重要であり、適切かつ十分な医療が国民に提供されているか否かのチェックも含め、診療報酬の審査・監査システムは

必要不可欠なものである。我々は平成 16 年度の本研究において、DPC に対応した審査システム開発のための基礎データとして、各医療施設での DPC 決定および確認プロセスの現地調査と DPC 診療報酬明細書（以下、DPC レセプト）の分析から、DPC レセプトの不備・問題点の発生原因と DPC レセプト審査上の問題点について検討した。その結果、DPC レセプトの不備・問題点は(1) DPC 決定時の問題と(2) 医事会計システム自体の問題および入力ミスの 2 点に集約されることを報告した。さらにこれらの不備・問題点が発生する要因として各医療機関での DPC 決定・確認プロセスおよび DPC レセプト作成プロセスで、(1) 医師が決定した DPC や医療情報を診療情報管理士等が検証・評価するシステムが存在しても、その関与の手順・程度は施設ごとに異なりデータの信憑性に

施設間差が生じること、(2)DPC レセプト作成時に、いわゆる“手入力”が介在していること、(3)入・出力情報の整合性に対するメカニカル・チェックシステムが進んでおらず、人的チェックに頼っていること、(4)各医療機関の有する医療情報・オーダーリング・医事会計システムにより、入力内容や操作性が異なり、エラーの内容や出現頻度に差の出る可能性があることなどを指摘した。

これらの問題点を鑑み、DPCによる診療報酬審査を合理的かつ正確に行うためには病院情報システムのIT化を進め、電子レセプトによる請求システム構築が必要となる。そこで本年度は、DPCによる包括評価で診療報酬算定を行っている医療機関（以下、DPC病院）における病院情報システム調査とそのベンダー毎の問題点抽出をアンケートおよび実地視察にて行い、IT化の現状を調査した。

一方、現在DPCレセプトを審査している審査委員がどの程度DPCを理解しているか、DPCレセプトや審査にどのような問題点を感じているかを調査し、現在のDPC審査システムについても検討した。

## B 研究方法

### ① DPC病院に対するアンケート調査

平成17年6月現在のDPC病院144施設(DPC対象病院である82施設および試行的適用病院62施設)を対象にアンケート調査を行った(アンケート用紙は別添資料1に示す)。

調査期間は平成17年6月1日～20日とし、調査項目は1)レセプト電算処理システムの導入状況、2)DPCオーダーシステ

ムの導入状況、3)医事システムの状況4)DPCレセプトのチェック方法、5)DPCレセプトの審査(返戻・査定)状況、6)審査マニュアルの必要性とした。なお、集計に際しシステムに関する問題はベンダー毎に集計した。

### ② DPC施行施設での実態調査

DPC対象病院である国立大学附属病院1施設と、試行的適用病院である国立病院1施設および民間病院2施設を視察し、DPC決定・確認プロセス、DPCレセプト作成プロセスと病院情報システムの実情を視察した。

### ③ 社会保険診療報酬支払基金(B)の実地調査

担当圏内にDPC病院が多数存在し、電子レセプトも受理している社会保険診療報酬支払基金(B)での審査状況を視察した。

### ④ 審査委員に対するアンケート調査

社会保険診療報酬支払基金(以下、支払基金)本部を通じ3支部の幹事長と審査委員長の了解を得て、審査委員会の審査委員を対象に平成17年10月15日～21日の期間にアンケート調査を行った(アンケート用紙は別添資料2に示す)。

調査項目は1)審査委員のDPC理解度、2)DPCレセプトの問題点、3)DPCレセプトの審査状況4)審査マニュアルの必要性とした。尚、この3審査委員会を合計すると、一ヶ月に計38病院(全DPC病院の26.4%)から提出される平均24,700枚のDPCレセプトを審査している。

## C 研究結果

### ① DPC 病院に対するアンケート調査

平成 17 年 6 月における全 DPC 病院 144 施設に対し、アンケート用紙を郵送し、100 施設より回答を得た（回収率 69.4%）。

#### ■レセプト電算処理システムについて

（問 1）レセプト電算処理システムの導入状況（表 1）

レセプト電算処理システムは外来では 58%の施設に導入され、さらに 23%の施設で導入予定となっていた。一方、入院では導入施設は 13%であり、導入予定と併せても 34%にしか過ぎない。

（問 2）レセプト電算処理システム導入にあたっての障害事項等の意見（レセプト電算処理システム導入医療機関に対する質問）

システム導入にあたっての問題点を検討すると以下の 4 項目に集約できた。

- 1) 費用：電算処理システム自体が高額であり、しかも 3 ヶ月毎のレセ電算マスタ改訂や 2 年毎の診療報酬改定のたびのメンテナンス費用が必要である。
- 2) 審査機関との連携：電子レセプト導入期においては、受け入れ審査機関である支払基金と国保連合会との間で準備時期に差が生じたり、審査機関からの要望が全国統一されていなかったり、接続試験に多大な時間と労力が必要であったなど病院側と審査機関との間の連携に問題がある。また、審査機関からの返戻・査定や通知が未だに電子化されておらず、電子化のメリットが見受けられない。
- 3) システムの問題：導入時に病名などの診療マスタと医事マスタの作成・調整が必要であり、多くの労力を要する。
- 4) システムベンダーの問題：システムの

修正・変更に対するベンダーの対応が遅いと言う意見が多く見受けられた。また、ベンダーによっては審査機関から求められるコメントなどを付与することが難しいものもあり、ベンダー間格差が生じている。

（問 3）レセプト電算処理システムの導入に至らない理由

電算処理システム導入の予定すらない医療機関に対する質問であるが、（問 2）の導入時の問題点とほぼ同じ意見が多かった。すなわち、導入・維持コストが高く、導入時に労力がかかる割に、そのメリットが殆どないためとする意見が多かった。

（問 4）入院レセプトに対するレセプトチェックソフトの導入状況（レセプト電算処理システム導入医療機関に対する質問）

入院レセプトに電算処理システムを導入している 58 施設のうち 12 施設（20.7%）で電子的レセプトチェックが行われていた。使用されていたソフトは富士通；HOPE/X-WIN・ちえっくん、日本電気（NEC）；PC-IBARS、東芝住電医療情報システムズ（東芝住電）；HAPPY-CS II、ナイス；Medical-PACK、インテック；Medipack/win、オーエムシー；医事会計システム、ソフトウェアサービス；Newton であった。

#### ■DPC オーダーについて

（問 5）DPC オーダリングソフトの使用状況（表 2）

81 医療機関（81%）で DPC オーダリングソフトが導入されており、富士通、NEC、ニッセイ情報テクノロジー（ニッセイ）、東芝住電の 4 社で約 2/3 のシェアを占めていた。

(問 6) DPC オーダリングソフトの不具合について

ベンダー毎に集計してみたところ、レスポンスの悪さや MEDIS 病名マスタと ICD10 との関連付けの悪さ、他社医事会計システムとの連動の悪さなど共通した問題点と、各ベンダー特有の不具合とが指摘された。

#### ■DPC 医事システムについて

(問 7) DPC 医事システムの使用状況(表 2)

98 医療機関(98%)で DPC 医事システムが導入されており、富士通、NEC、東芝住電の 3 社で 70.4%を占めていた。

(問 8) DPC 医事システムの不具合ベンダー別に集計してみたが、DPC 医事システムの不具合に関しては比較的共通していた。同一日入退院や DPC 変更時など特殊な事情が発生した場合に不具合が発生しており、また DPC オーダリングシステムとの連動の問題点も多く指摘されていた(別添資料 3)。

#### ■DPC レセプト審査状況について

(問 9) DPC レセプトのチェック状況(表 3)

各医療機関において DPC レセプトのチェック状況を「診断群分類番号」と「傷病名(副)」の ICD コード、「診療関連情報」における手術・処置の有無、「出来高部分」手術・処置における有無との整合性チェック、「診療関連情報」と「出来高部分」の手術・処置との整合性チェック、そして必須入力事項の入力漏れ・入力ミスチェックに分類して調査した。電子的チェックのみを行い「人」によるチェックを行っていない医療機関は各調査項目で 17~42%と半数に満たず、多くの施設では人的チェック

が行われていた。

#### ■DPC レセプトの審査について

(問 10) DPC 包括部分について返戻・査定の有無

39 医療機関(39%)において返戻・査定が行われていた。

(問 11) DPC の審査基準等に関する公示の必要性

78 医療機関(78%)が審査の基準や方法、内容等について公示の必要性があると回答し、8 医療機関のみがその必要性はないと回答していた。

(問 12) DPC レセプト審査に対する意見地域間や審査委員間の格差の是正と、審査方法や審査基準の公表・統一を求める意見が多かった。

## ② DPC 施行施設視察状況

今回視察した 4 施設は病院情報システムの IT 化はかなり進んでいるが、最終的な医事会計システムの段階で人的ないわゆる「手入力」がまだ必要な状態であった。さらに、入力漏れや整合性のとれていない情報に対するメカニカル・チェックシステムは進んでおらず、主に事務職員による「人的チェック」に頼っているのが現状であった。「手入力」や「人的チェック」を行う医事会計職員は各病院で多少なりと業務委託されており、その知識・経験の低さが先に述べたレセプトの不備の起こる要因の一つとなり DPC レセプトの精度に影響を及ぼしている可能性が示唆された。また、各施設で使用している病院情報・オーダリングシステムにより入力内容や操作性が異なり、エラーの内容や出現頻度に差の出る可能性も考えられた。

傷病名や DPC の決定に関しては 3 施設

とも医師が行い、その正当性を診療情報管理士等が検証・評価するシステムは有していたが、その関与の手順・程度は施設ごとに異なっていた。すなわち、導入システムやその運用方法、各関連部署の連携状況により施設ごとに DPC 関連情報の信憑性が異なる可能性が示唆された。

### ③ 社会保険支払基金(B)での審査状況

平成 18 年 3 月に支払基金(B)を視察したが、平成 17 年 2 月に視察した支払基金(A)とほぼ同様の状態であった。すなわち、電子レセプトを受け付けてはいるが、審査はそれを印字し紙ベースで行われていた。DPC 施設コードと診断群コードから請求診療報酬額等をチェックする簡単な PC システムはあったが、レセプトに記載されている各データ間の整合性までをチェックするシステムは未だ構築されていなかった。すなわち、機械的スクリーニング等のレセプト電算化に伴うメリットは現在のところ見受けられなかった。

### ④ 審査委員に対するアンケート調査

支払基金 3 支部 (C, D, E) の協力を得て、審査委員会の審査委員 307 名にアンケート用紙を配布し、226 名から回答を得た (回収率 73.6%)。

#### ■対象背景

#### (問 1) 審査専門領域 (表 4)

審査委員の専門領域は、15~24 診療科と地域差が認められた。

#### (問 2) 年齢構成 (表 5)

全審査委員の平均年齢は 55.5 歳 (37 歳~73 歳、中央値 56 歳) であった。

各支払基金の審査委員の平均年齢は、55.4 歳、54.5 歳、57.3 歳と施設間で差は認め

られなかった。

#### (問 3) 審査委員歴 (表 6)

審査委員歴では 2~5 年が 39.8% と最も多かったが、約 1/4 の委員が 10 年以上審査に携わっていた。

#### (問 4) 審査委員の所属医療機関 (表 7)

審査委員のうち 38% が DPC 病院に勤務していた。

#### (問 5) 審査 DPC レセプト件数 (表 8)

1 ヶ月に審査する DPC レセプトが 100 件以下の審査委員が約半数であったが、201 件以上を審査している委員も各施設の 20~30% を占めていた。

#### ■審査委員の DPC 理解度

#### (問 6) 審査委員の DPC 理解度 (表 9)

審査委員の自己評価による DPC 理解度では、約 1/4 が「良く理解できている」と回答していたが、「あまり理解できていない」「全く理解できていない」との回答も約 1/5 であった。支払基金 3 施設間での理解度分布には差は認められなかった。

そこで、DPC を「良く理解できた」と回答した審査委員 (理解良好群) と「あまり理解できていない」もしくは「全く理解できていない」と回答した審査委員 (理解不良群) との間で比較検討した。

両群間で平均年齢、レセプト審査件数、には有意差は認められなかった。しかし、審査委員の所属医療機関別に比較すると、DPC 病院に勤務している審査員では理解良好群 32 名に対し理解不良群 11 名であったが、DPC 病院勤務以外の審査委員では理解良好群 28 名に対し理解不良群 30 名であり、DPC 病院に勤務している審査委員の方が有意に理解良好群が多かった ( $p=0.008$ )。

また、審査委員歴でも 5 年以下の委員では

理解良好群 23 名に対し理解不良群 23 名であったが、6 年以上の委員では理解良好群 37 名に対し理解不良群 16 名と審査歴の長い委員の方が理解良好群が多い傾向にあった ( $p=0.044$ )

#### ■DPC レセプトの問題点

(問 7) DPC レセプトの記入漏れ・記入ミス率 (表 10)

DPC レセプトの記入漏れ・記入ミス率に対する審査委員の印象は、約 85%の審査委員が 20%以下と回答しており、理解良好群と不良群との間にも差は認められなかった。しかし、審査委員の医師がレセプト審査を行う以前に、支払基金職員により単純な記入漏れや記入ミスを伴うレセプトは相当数除かれているため、実際のレセプトの記入漏れ・記入ミス率は審査委員が考えているよりも多い可能性がある。

(問 8) DPC レセプトの情報量 (表 11)  
現在の DPC レセプトの情報量が審査を行う上で十分か否かの質問に対し、「十分である」もしくは「まずまず満たしている」と回答した充足群は全体の 42.9%であり、「やや不足」もしくは「かなり不足」と回答した不足群は 47.8%であった。DPC 理解良好群と不良群との比較では、理解良好群では情報量充足が 53.4%であるのに対し、理解不良群では充足群が 30.3%と有意に低かった( $p=0.033$ )。

(問 9) DPC レセプトの病名数 (表 12)  
記載可能病名数に関しては、「十分である」が 55.8%と「足りない」の 36.3%を上回っており、DPC 理解度による差は認めなかった。「足りない」とした審査委員の回答理由では、現在の病名数では出来高部分の類推ができない場合があるという意見が多かった。

#### ■DPC レセプトの審査状況

(問 11) DPC 審査状況 (表 13)

審査委員全体では約 60%が「十分審査できている」あるいは「まずまず出来ている」と回答していた。DPC 理解良好群と不良群の比較では、ある程度審査できていると考えていた審査委員が良好群では 67.2%だったが、不良群では 45.7%であり両群間に有意差が認められた ( $p=0.001$ )。

(問 10) 審査委員の DPC レセプトに対する意見

(問 12) 従来 of 出来高レセプト審査と比較した DPC 審査のメリット・デメリット  
この 2 つの設問に対しては、同一の回答が多かった。

1) DPC レセプトを大体的に捉えた意見では、「審査が簡単で、時間の短縮になる」という肯定的な意見と、「情報量が少なく審査するには不十分」とする否定的な意見に分かれた。

2) 出来高部分における問題点として、「包括部分と出来高部分と区別が難しい」という指摘が多かった。

3) 病名や診断群分類に意図的操作が加えられている可能性が指摘された。

4) 現行の DPC レセプトに対する細部の意見では、診療開始日や転帰に関する記載要望が多かった。

5) ICD10 による病名に対する不満も多かった。

(問 13) 現在の DPC 審査における個人差 (表 14)

DPC 審査において審査委員間で差があるか否かの質問に対して、「ある」あるいは「ない」と回答した審査委員はそれぞれ 26.5%、25.7%とほぼ同数であった。DPC 理解良好群と不良群の比較では、「ある」

と考えていた審査委員が良好群では 23.7%だったが、不良群では 41.0%と理解不良群の方が個人差があると考えている審査委員の割合が高かった (p=0.022)。

#### ■審査マニュアルの必要性

(問 14) DPC 審査に関するガイドラインの必要性 (表 15)

DPC 審査に関するガイドラインが必要か否かの質問に対して、80%以上の審査委員が必要を感じており、逆に「必要ない」と回答した審査委員は皆無であった。

(問 15) DPC 審査ガイドラインの公表の必要性 (表 16)

「公表すべき」と回答した審査委員は全体の約半数であった。

## D 考察

平成 16 年度の本研究において、我々は支払基金に提出された DPC レセプトの検証を行い、その不備・問題点が 1)DPC 決定時の問題と、2) 医事会計システム自体の問題および入力ミスに集約できることを報告した。このうち、医事会計システムに関する問題は、各 DPC 病院で採用されているシステムと密接に関係している。DPC 病院は、DPC 調査などへの協力の必要があり、病院情報システムの IT 化が進んだ医療機関である。しかも、DPC による診療報酬包括評価が導入される以前から、これらの IT システムを導入していた施設が多い。現在の我が国の病院情報 IT システムは従来の出来高評価を基準に構築されおり、それを DPC に対応させるため DPC 用のオプションを追加したものが大勢を占めている。そのため、従来の出来高システムと追加された DPC 用システ

ムの間で連携が取れていなかったり、エラーが生じたりしている。病名オーダリングシステムや医事電算システムが外来などの出来高用と DPC 用の両者が併存し、互いに連携していないことなどは多くの DPC 病院で見受けられ、このシステム上の不備・不足を補うために、いわゆる人による「手入力」が加えられている。また、個々のシステムの連携に問題があるため、高度な機械的チェックシステムが病院情報システムに組み込むことができない。これらのシステム上の問題は、各医療機関が構築しているシステムにより程度の差がある可能性が考えられる。そこで、我々は DPC 病院 144 施設に対し医事電算システムおよび DPC オーダリング・医事システムに関するアンケート調査と実地視察を行った。アンケート調査は 100 医療機関 (回収率 69.4%) から回答を頂いた。100 施設のうち DPC レセプト電算処理を行っているか予定している施設は約 1/3 と少ない。その理由として、医事電算システムを含めた病院情報システムがまだ成熟したものとは言えず、また審査機関とのシステム連携も不安定であり導入コストも高いことが挙げられる。出来高用システムに DPC 用システムを付け足しただけの現行の病院情報システムがレセプト電算処理の普及を遅らせている大きな要因であった。DPC オーダリングシステムでは 4 社、DPC 医事システムでは 3 社でシェアの大半を占めているが、これらのベンダーが DPC と出来高制の違いを良く理解し現状を把握した上で、早急に改善を図ることが望まれる。さらに、行政もベンダーに対し事態の重要性を説明する必要があると思われた。また、DPC による包括評価の大

きなメリットの一つである請求・審査業務の簡素化・省力化を推進するためには、電子レセプトによる診療報酬請求が不可欠であるが、電子レセプトの普及のためのインセンティブが我が国の制度上では見受けられない。電子レセプトの普及率が90%以上に及ぶ米国では、電子レセプトによる請求では2週間以内に診療報酬が医療機関に支払われるが、紙レセプトではこれが約2ヶ月先になるという電子レセプト普及のための動機付けがされている。我が国にもこのような電子レセプト推進にインセンティブに働く要因が必要だと考える。

一方、各医療機関から提出されたDPCレセプトを審査する審査委員に対するアンケート調査から現行の審査システムの問題も認められた。DPCレセプトを審査する審査委員の構成上の問題点としては、DPC病院に勤務しDPCによる請求にも慣れ親しんでいる審査委員が38%に過ぎず、しかも「DPCをよく理解できている」と考えている審査委員が26.5%だけであることが挙げられる。従来の出来高払いレセプト審査の延長としてDPCレセプトを審査することには無理があり、医療機関側との軋轢の原因となる。DPCシステムを良く理解したDPC専門の審査機構の新設も考慮することが必要であると思われる。DPCレセプトに関する問題点としては、その情報量の少なさが審査上最大の問題点となっている。現行のDPCレセプトに加え出来高払い用のレセプトを追加する方法や、DPC調査用のE・Fファイルを追加する方法が考えられるが、これらは審査作業の煩雑化を招く危険性がある。出来高部分の曖昧さを含めたDPC自体の問題

点の再考と共に、DPCレセプトのフォーマットについても再考することが必要である。審査機関側からDPC審査を検討すると、レセプト審査だけでは不十分であり、DPCの妥当性をも検証するために診療録の直接点検を含めた新たな審査システムが求められる。審査支払機関が行う審査と行政が実施する指導・監査が別組織である現行の法体系では限界があり、罰則規程を含めた新たな審査・監査システムの構築も考慮する必要がある。

医療費削減を求められている現状では、医療費の適正配分は必要不可欠であり、公平かつ十分な医療が国民に提供されているかの監視も含め、診療報酬審査システムは重要なものである。

審査の曖昧性や地方あるいは審査委員による個人差は医療機関側からも審査委員側からも少なからず指摘されている。そのため審査マニュアルの必要性が両者から高率に求められている。

我々は今後の本研究において、諸外国の審査・監査システムを参考に我が国の保険制度に適した独自のシステム案を示すと共に、審査マニュアルモデルの作成を試みたいと考える。

## E 結論

病院情報ITシステムの実情を検討することにより、現在のシステムの問題点が明らかになった。また、審査委員アンケートから現在の審査システムの具体的な問題点が明らかになった。今後、新たなDPC審査・監査システムの構築およびDPC審査マニュアルの作成の必要性も明確になった。





■ DPC医事システムについて

問7 DPC医事システムについてお聞かせ願います。

ベンダー製ソフト

ベンダー名 ( )

独自開発ソフト

製品名 ( )

その他

問8 医事システム操作上の不具合な点、不都合な点について、具体的にお教え願います。

[ ]

■ DPCレセプトチェックについて

問9 DPCレセプトのチェック状況について、お教え願います。

次の選択肢番号を下記質問項目の空欄に記入してください。

- ① 独自開発ソフトでのチェック      ② ベンダー等ソフトでのチェック  
 ③ 主に「人」によるチェック      ④ チェックしていない  
 ⑤ その他 ( )

- 診断群分類番号と、  
 「傷病名(副)ICDコードのチェック ( )  
 「診療関連情報」手術・処置の有無のチェック ( )  
 「出来高部分」手術・処置の有無のチェック ( )

「診療関連情報」と「出来高部分」における手術・処置の整合性のチェック ( )

必須入力事項の入力状況のチェック ( )

■ DPCレセプトの審査状況について

問10 DPCレセプトについて、診断分類番号の疑義等で、包括部分について返戻・査定されたことはありますか。

ない

ある → 具体的にお教え願います。

[ ]

問11 DPCレセプトにおける、その審査基準、方法、内容等に関する公示の必要性についてお伺いします。

必要あり

必要なし

どちらでもない

問12 DPCレセプトの審査について、ご意見等ございましたらご記入願います。

病院名			
所属部署		記入者名	
TEL		E-mail	

## (別添資料 2)

### DPCレセプト審査に関するアンケート調査

問1. 審査専門領域 ( )

問2. 年齢 ( )

問3. 審査員歴

- ① 2年未満 ② 2～5年 ③ 6～10年 ④ 10年以上

問4. ご自身が普段、所属されている医療機関等は？

- ① DPC導入病院 ・ ② DPC試行的導入病院 ・ ③ 非DPC病院  
④ 開業(診療所) ・ ⑤ 常勤審査委員 ・ ⑥ その他( )

問5. 一ヶ月で何枚ほどのDPCレセプトを審査されていますか？

- ① 1～50枚 ② 51～100枚 ③ 100～150枚 ④ 151～200枚 ⑤ 201枚以上

問6. ご自身のDPCシステムに関する理解度についてお伺いいたします。

ご自身はDPCシステムを良くご理解されていますか？

- ① 良く理解できている ② 少し理解できている ③ あまり理解できていない  
④ 全く理解できていない ⑤ どちらとも言えない

問7. 現状のDPCレセプトでどの程度の記入漏れ・記入ミスがあると感じられていますか？

- ① 0% ② 1～10% ③ 11～20% ④ 21～30% ⑤ 31～40% ⑥ 41%以上

問8. 審査をされる上で現状のDPCレセプトは十分な情報量だと思われますか？

- ① 十分である ② まずまず満たしている ③ やや不足 ④ かなり不足  
⑤ どちらとも言えない

問9. 現在の DPC レセプトの病名記載数に関してどのようにお考えですか？

- ① 十分である ② 足りない (理由: \_\_\_\_\_ )

問10. 現状の DPC レセプトに関して問題点や改善要望など、ご意見・ご感想をお聞かせ下さい。

問11. 現在の DPC 審査状況に関してどのように感じられますか？

- ① 十分審査出来ている ② まずまず出来ている ③ やや不十分である  
④ 全く不十分である ⑤ どちらとも言えない

問12. 従来の出来高レセプト審査と比較して DPC 審査におけるメリットやデメリットなど、ご意見・ご感想をお聞かせ下さい。

問13. 現在の DPC 審査において個人差があると思われませんか？

- ① ある ② ない ③ どちらとも言えない

問14. DPC 審査に関するガイドラインについて必要だと思われませんか？

- ① 絶対に必要 ② 有る方がよい ③ 無くてもかまわない ④ 必要ない  
⑤ どちらでも良い

問15. DPC 審査ガイドラインを作成した場合、公表するべきだと思われませんか？

- ① 公表すべき ② 公表すべきではない ③ どちらとも言えない

問16. 本研究に対しご意見、ご要望等ございましたらお聞かせ下さい。