

入院など、診療報酬過請求を意図的に行っているのではないかと思われるものまで、多岐にわたった。

② DPC 病院に対する調査

DPC 病院の实地調査から、DPC レセプトの不備・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が考えられた。

さらに、DPC 病院 144 施設を対象とした、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目的としたアンケート調査では、DPC オーダリングシステムは 81%の施設に、DPC 医事システムは 98%の施設に導入されており、両者とも 3~4 社のベンダーで約 2/3 以上のシェアを占めていた。しかし、一方、レセプト電算処理システムは、費用や導入労力、審査機関との連携などの問題のため、58%の施設にしか導入されていなかった。しかも、レセプトチェックソフトを導入している施設は 20%程度であり、殆どが人の目視によ

るチェックが行われていた。

また、審査方法や審査基準の公表・統一し、地域間や審査委員間の格差の是正を求める意見が多かった。

③ 社会保険診療報酬支払基金に対する調査

社会保険診療報酬支払基金での实地調査では、電子レセプトでさえもそれを印字し、全て紙ベースで審査が行われていた。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。

3ヶ所の社会保険診療報酬支払基金の協力を得て、審査委員会の審査委員 307 名を対象にしたアンケート調査（回収率 73.6%）では、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、約 1/5 は「あまり理解できていない」「全く理解できていない」と回答していた。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が約 75%を占めていたが、DPC 病院勤務以外の審査委員では理解良好群が 50%弱であり、DPC 病院に勤務している審査委員の方に有意に理解良好群が多かった ($p=0.008$)。

また、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%以下と回答していた。

現在の DPC 審査状況に関しては、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」と回答しており、DPC 審査における審査委員間での差に関しても、「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。

一方、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は、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。

D 考察

支払基金に提出された DPC レセプトの検証を行った結果、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。このうち、医事会計システムや入力ミスに関する事務的問題は、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た。

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。病名オーダー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 病院で見受けられる。また、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もあり、高度な機械的チェックシステムを組み込むことができない原因でもあった。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。

米国における Clearing House のようなレセプト作成専門機関は日本にはなく、我が国の DPC 医療機関の現状では、DPC レセプト作成時の事務的ミスはある程度避けられない。そのため、DPC に対応した審査システムの構築が急務である。

日本と同じく社会保険制度を持ち、DRG/PPS を導入して間もないフランスでは、DRG/PPS の導入以前に電子レセプトを普及させ、レセプトの事務審査は機械的に行える環境を整備していた。我が国でも電子レセプトの推進が行われており、近い将来、米国やフランスのように事務審査は機械的に行われるであろうが、現状は医学的審査のみならず事務審査までも依然として紙ベースで行われている。

そこで、現在の紙ベースでの審査システムと、将来的な電子レセプトでの審査に関し、別々に考察する。

まず、現状の紙ベースでの審査システムについてであるが、この場合、事務的審査シ

システムから考えねばならない。審査機関では、事務職員により最初の事務的審査が行われている。この時点で記載漏れや点数計算ミスは発見されているが、多大な労力が要求される。傷病名や診断群分類と診療関連情報、出来高部分の手術や処置との整合性に関しても、事務職員により点検されているが、殆どが医学的審査の一部として医家審査委員にゆだねられている。そのため、DPC レセプト審査を行う事務職員や審査委員には DPC に関する知識だけでなく、ICD コーディングに関する知識も必要となる。不備・問題点のあるレセプト凡例集や留意すべき ICD コード一覧表、DPC レセプト審査マニュアルなどの審査における指針となるものを作成し、審査機関事務職員や審査委員の負担軽減を図る必要がある。

また、我々の行った審査委員に対するアンケート調査では、DPC レセプト審査を行っている審査委員の DPC 理解度には幅があり、概して DPC 病院に勤務している審査委員の方が DPC 理解度が高かった傾向がみられた。そこで、出来高レセプト審査と切り離して、DPC 病院出身の審査委員を中心とした DPC レセプト専属の審査委員会を設置する方法も考えられる。DPC 病院は関東や関西など大都市近郊に集中しているため、地方では DPC 病院に所属する審査委員を確保することが難しい。そこで、DPC レセプト審査委員会は東京や大阪など DPC 病院に所属する審査委員の確保が比較的容易な所にだけ設置し、全国の DPC レセプトを集中して審査する必要がある。

いずれにせよ、現行の紙ベースによるレセ

プト審査では、多大な労力を要し、審査機関の事務職員や審査委員の個人的審査能力に頼らざるをえない。

次に、電子レセプトを前提とした審査システムについて考察する。電子レセプトでは、事務的審査は機械的に行うことが比較的容易であり、事務職員による点検作業は大幅に軽減され、事務職員の作業内容はレセプト内容の統計的処理・分析に移行するであろう。米国はもとより、ドイツやフランスでは、統計学的手法を用いて重点的に審査すべき診断群分類や医療機関を推定し、医学的審査においてそれを検証している。この方法は、追従型の審査方法となる欠点を有するが、個人の審査能力に依存するところが少なく効率的であるという利点を有する。また、医療機関への直接監査でも、その根拠を明確に示せる利点も有している。現在の我が国の法体系では、DPC レセプト審査機関である社会保険診療報酬支払基金や国保連合会には医療機関への立ち入り審査は認められていないが、統計的手法により立ち入り審査の根拠が示せるなら保険者審査機関の権限強化も考慮の必要があると思われる。医家審査委員の側から見ても、レセプト点検から立ち入り審査に業務移行が行われ、より専門的知識が生かされるのではないと思われる。

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。電子レセプトを前提とし、統計的手法も加味した新しい審査システムの構築が必要不可欠である。

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金

(政策科学推進研究事業)

分担研究報告書

DPC 経営管理・臨床評価に関する研究

分担研究者 竹田 秀 (特定非営利活動法人 VHJ 機構 理事)

研究要旨

この調査研究は、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、および改善、診療内容の向上、臨床評価など、医療の向上に寄与できた事例をまとめた。

1. ベンチマークの活用

- ①在院日数短縮を命題とした
VHJ 機構 DPC ベンチマークの利用
福村 文雄 (飯塚病院)
- ②DPC において検査を実施するうえで
やむを得ない行為を実施するとマイ
ナス症例になる場合の施設間比較
橋本 昌浩 (洛和会音羽病院)
- ③診療活動の改善を目的とした
VHJ 機構ベンチマーク分析の活用
松尾 毅 (亀田総合病院)
- ④VHJ 機構ベンチマークを活用した
急性白血病の一考察
丸山 正人 (聖マリア病院)
- ⑤同一 DPC14 桁コードにおいて
診療科別実績とベンチマーク
中村 孝、野口 紘史 (竹田総合病院)
- ⑥臨床工学部門における
VHJ 機構 DPC ベンチマークの検討
古川 博一 (手稲溪仁会病院)

2. DPC の精度向上と活用

- ①DPC データを用いた地域患者
マーケティング分析
椋島 彰浩、山崎 信子 (相澤病院)
- ②II SD を超えた長期入院の原因調査
前川 道夫 (浦添総合病院)

- ③DPC 検査セットの改定の
取組み結果の検証
関本 達之 (洛和会音羽病院)
- ④オリジナルグラフ作成ツールを
用いたデータマイニング手法
平井 之彦 (聖マリア病院)
- ⑤DPC コーディングの適正化
宇野 昌利、杉尾 フミエ (トヨタ記念病院)

3. DPC の臨床応用・臨床評価

- ①DPC 対応クリニカルパスの作成
宮田 和信、武井 哲也 (相澤病院)
- ②医療プロセスデータの
フィードバックについて
山下 伸治 (倉敷中央病院)
- ③OLAP を活用したクリニカルパス
分析による医療の標準化
石川 昌幸、北郷 望 (トヨタ記念病院)
- ④DPC データを用いた
クリニカルパスの比較分析
杉谷 肇 (淀川キリスト教病院)
- ⑤二次医療圏年令構成、患者数データ
を用いた診療需要予測法の検討
渋谷 高志 (日鋼記念病院)

平成 18 年度厚生労働省政策科学推進事業分担研究報告書
 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 (H16-政策-027)
 DPC 導入が画像検査に及ぼす影響の検討

分担研究者 札幌医科大学 藤森研司

研究班に提出された平成 17 年度 (7 月～10 月退院) の DPC データ (様式 1、E ファイル、F ファイル) を使用し、診療区分 60 の検査ならびに診療区分 70 の画像診断の詳細分析を行った。対象レコードは、データクリーニングを終了した 656,142 例 (243 病院) である。E ファイル、F ファイルのレコード数を表に示す。

	総数		一入院平均	
	E ファイル	F ファイル	E ファイル	F ファイル
区分 60	38,479,875	46,876,560	58.6	71.4
区分 70	9,683,392	12,861,734	14.8	19.6

今回の分析の目的は、診療状況の指標として、DPC 6 桁あるいは DPC14 桁における主要な検査の一入院あたりの実施件数を求めることである。さらに、E ファイルには実施日が記述されているので、入院日からの経過日数の検討あるいは様式 1 から取得できる手術日の情報と合わせて、術前・術後に分けて検査件数を検討することも可能である。

ここでは、DPC14 桁ごとの CT・MRI の件数、核医学検査の件数、心の冠動脈造影の件数について記載する。なお、DPC コードは平成 16 年度版を使用している。

1) CT・MRI の件数

平成 16 年度の医科点数表では、CT・MRI とともに撮影部位によって頭部、躯幹、四肢の三区分に分類される。さらに検査手法により単純撮影と特殊撮影に分類される。分析をやや難しくしているのは、CT・MRI の同月 2 回目の撮影 (いずれが二回目でも) は、「CT、MRI (二回目以降)」として、同じ電算レセコードで扱われるため、CT か MRI かの分類ができない。造影剤を使用している場合は、造影手技から CT か MRI かの分離が可能であるが、造影されていない検査では厳密には分離ができない。

一例を示すと、

DPC	患者数	CT 件数	MRI 件数	二回目 検査件数	二回目 造影 CT	二回目 造影 MRI
0100603099x11x	4,223	5,359	3,431	8,035	285	139

DPC 0100603099x11x (脳梗塞 (JCS30 未満)、手術なし、手術・処置 2 あり、副傷病あり) は、同月の初回に行われた CT あるいは MRI の件数がそれぞれ 5,359 件、3,431 件であり、二回目にどちらかが 8,035 件行われている。二回目のうち、造影加算から CT、MRI がそれぞれ 285 件、139 件行われたことがわかるが、残りの 7,611 件については、どちらが行われたかは特定できない。したがって、電算レセマスターコードを分析すると、「CT」、「MRI」、「どちらか二回目以降」の三区分別となる。

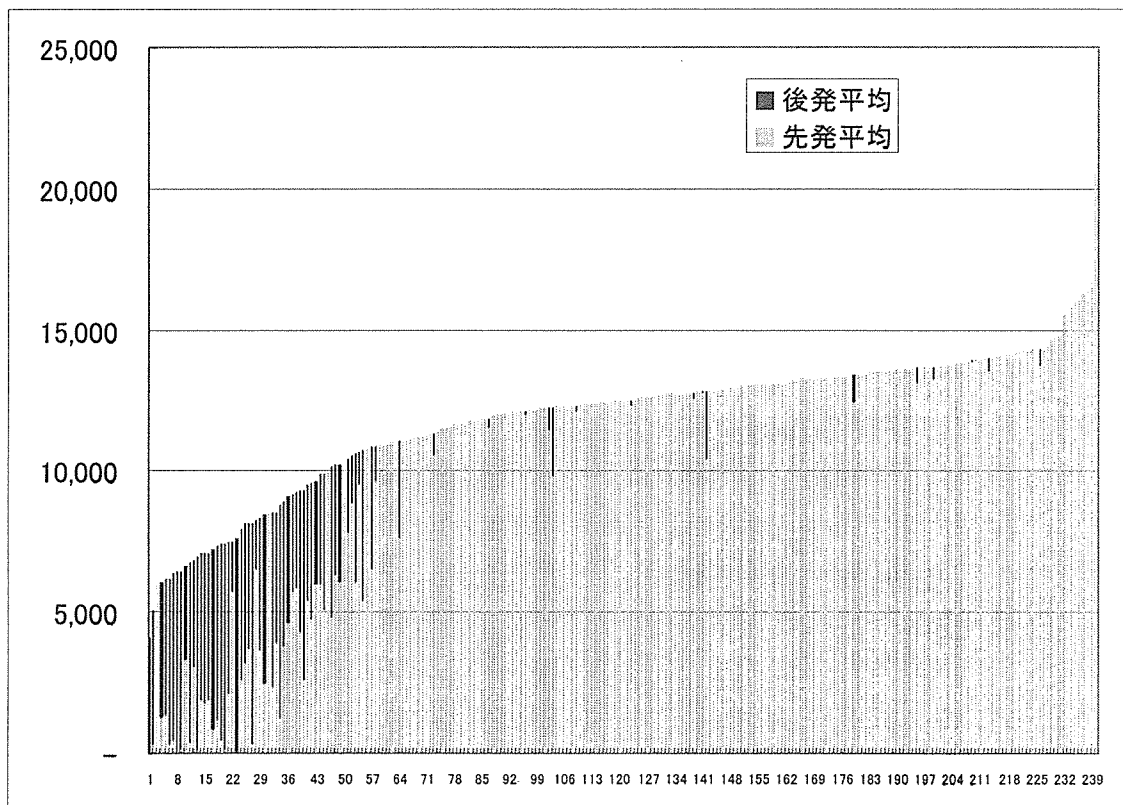
医療機関によっては、コメントレコードに検査種別を記載している場合があるが、この情報を利用するにはもう少し研究が必要である。今回は二回目検査の件数から造影として明示的にわかるものを除いた部分を、各 DPC の CT・MRI 件数で按分して、延べの CT・MRI の件数を推定した。初回にはより点数の高い MRI を先行して行い、二回目を CT とする施設が多いようではあるが、今回は比例按分としている。従って、検査数の数値は一部推定値であることをあらかじめお断りしておく。

DPC14 桁で、検査件数の多いものを表に示す。

DPC	患者数	総 CT 回数	総 MRI 回数	平均 CT 回数	平均 MRI 回数
0100603099x11x	4223	10306	6519	2.4	1.5
0400403x99x20x	7697	7539	2522	1.0	0.3
0100603099x10x	2656	5917	3932	2.2	1.5
04008030xxx00x	9393	8674	566	0.9	0.1
0100603099x01x	2782	4400	3116	1.6	1.1
1604203x99x0xx	2648	6566	710	2.5	0.3
0100603099x00x	2913	4082	2940	1.4	1.0
0100203002xxxx	624	5992	268	9.6	0.4
0100403099x11x	1191	4999	997	4.2	0.8
1102803xxxx1xx	5923	4573	1021	0.8	0.2
0705603x99x0xx	3999	3474	1469	0.9	0.4
0703403x0100xx	2526	3053	1786	1.2	0.7
0600503x05x11x	3192	4074	526	1.3	0.2
0703403x99xxxx	3150	2638	1689	0.8	0.5
0304003x99xxxx	3169	2584	1358	0.8	0.4
1000703x99x1xx	4624	2778	1160	0.6	0.3
0400403x99x00x	2594	2687	930	1.0	0.4
0100103001011x	393	1801	1699	4.6	4.3
0602103x99x00x	4236	3371	121	0.8	0.0
0401103x99x00x	2690	3255	221	1.2	0.1

MDC01 脳神経領域、MDC04 呼吸器領域で、入院中の CT・MRI の利用件数が多いようである。50 症例以上の DPC 群で一入院あたりもっとも CT 検査数が多かったのは 0100203102x1xx（くも膜下出血、破裂脳動脈瘤（JCS30 以上）、脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）等、手術・処置 2 あり）であり 227 症例、平均 13.2 回、もっとも MRI 件数が多かったのは 0100103001011x（脳腫瘍（15 歳以上）、頭蓋内腫瘍摘出術等、手術・処置 1 なし、手術・処置 2 あり、副傷病あり）であり 393 症例、平均 4.3 回であった。

CT 検査で用いられるヨード系造影剤はジェネリック製剤の普及が進んでいるようだが、平成 17 年度での分析対象施設での状況を図に示す。この図は、医療機関ごとに一回あたりの検査での造影剤薬価をプロットしたものである。もっとも低額な医療機関と高額な医療機関で三倍弱の差がある。後発品を主に使用している施設で造影剤薬価が低い。



DPC ごとの CT 検査の造影比率について、分析を進める予定である。

2) 核医学検査

平成16年度の医科点数表では、核医学検査は、

マスター	名称	レコード数
170015010	シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影	19,753
170020610	ポジトロン断層撮影(¹⁵ O標識ガス使用)	60
170024510	シンチグラム(部分・静態)	4,269
170024610	シンチグラム(部分・動態)	3,128
170024710	シンチグラム(全身)	18,249
170024810	ポジトロン断層撮影(18FDG使用)	865

の6区分に分かれる。右端にFファイル上のレコード数を示す。同一の検査では主たるものを請求することになっているが、提出されたデータでは、同じ項目が重複している場合や、異なる項目と組み合わせられている例が散見された。実際のレセプトでも重複しているとは考えにくいので、レセプトとEファイル、Fファイルのデータが一致していない可能性は考えられる。

検査総数の多いものを表に示す。

DPC	患者数	全身シンチグラム	SPECT	動態シンチグラム	静態シンチグラム	PET	小計	平均検査数
0400403x99x20x	7,697	1359	19	6	53	28	1,465	0.19
0500503x9901xx	1,404	23	1197	53	45	1	1,319	0.94
0500501xxxxxxx	14,221	10	1124	25	33	1	1,193	0.08
0705603x99x0xx	3,999	689	187	110	112	3	1,101	0.28
0100603099x11x	4,223	36	983	21	20	2	1,062	0.25
0500303x0401xx	970	16	992	27	18	9	1,062	1.09
0501303x99000x	4,364	58	733	50	69	7	917	0.21
0100601xxxxxxx	1,545	6	761	2	3	23	795	0.51
0400401xxxxxxx	2,589	645	23	15	35	17	735	0.28
0400403x99x00x	2,594	621	24	6	33	21	705	0.27
0100603099x10x	2,656	30	507	6	12	3	558	0.21
0100603099x01x	2,782	19	505	7	14	8	553	0.20
1102803xxxx1xx	5,923	199	225	33	46		503	0.08
0100603099x00x	2,913	18	449	5	9	4	485	0.17
0900103x010000	3,808	285	3		100	1	389	0.10
0400403x97x1xx	846	329	3	6	25	9	372	0.44

0500503x05010x	397	6	340	3	14	4	367	0.92
1102803xxxx0xx	4,462	134	63	115	36	1	349	0.08
0101603x99x10x	494	11	275	5	40	1	332	0.67
0400403x99x21x	1,023	284	11	1	17	5	318	0.31

MDC05 循環器領域、MDC 04 呼吸器領域での核医学検査の利用が多いようである。50 症例以上の DPC 群で一入院あたりの全身シンチグラフィがもっとも多い DPC は 1000203x99x2xx（甲状腺の悪性腫瘍、手術なし、手術・処置 2_2 あり）であり 171 症例、平均 0.78 でありこれは I-131 治療後の確認撮影がされていると考えられる。SPECT がもっとも多い DPC は 0500653x99x1xx（拡張型心筋症、手術なし、手術・処置 2 なし、副傷病あり）であり 135 例、平均 1.08 であった。

核医学検査は、使用された薬剤によって検査目的の特定が可能な場合が多く、さらに分析を深める予定である。

3) 心の血管造影

心の血管造影は大きく心室造影と冠動脈造影に分かれるが、ここでは冠動脈造影に注目して分析を行った。検討の対象となる電算レセコードと出現したレコード数を表に示す。

マスター	名称	レコード数
160065570	心筋採取加算	458
160064610	心カテ(右心)	8,533
160064770	心カテ(新生児)加算	12
160064870	心カテ(乳児)加算	178
160064970	左心カテ(卵円孔)加算	55
160065070	左心カテ(欠損孔)加算	37
160065170	ブロッケンフロー加算	14
160065270	伝導機能加算	892
160064510	心カテ(左心)	29,436
160065470	冠動脈造影加算	29,197
160170270	血管内視鏡加算	37
160065650	ヒス束心電図加算	932
160065750	診断ペーシング加算	1,021
160155470	心カテ(幼児)加算	239
160164970	血管内超音波加算	603
160065370	期外(早期)刺激法による測定・誘発試験加算	1,082

この中で、同日に両心カテが算定されている症例が 4,547 件、左心カテ+冠動脈造影が 27,616 件、右心カテのみ+冠動脈造影が 3,990 件であった。分析には左心カテあるいは右心カテのいずれかあるいは両方が同日に行われ、冠動脈造影加算のある 28,209 検査を対象とした。一入院中に 3 回の冠動脈造影をされたケースが 9 例、2 回行われたケースが 407 例あった。

DPC	患者数	検査数	平均回数
0500501xxxxxxx	14,221	12,968	0.91
0500503x99000x	3,040	2,047	0.67
0500503x9901xx	1,404	864	0.62
0500503x99001x	1,243	791	0.64
0501303x99000x	4,364	627	0.14
0500503x050000	2,934	607	0.21
0500801xxxxxxx	645	519	0.80
0500503x05001x	2,003	421	0.21
0502103x9701xx	2,578	305	0.12
0500303x0401xx	970	266	0.27
0501631xxxxxxx	450	248	0.55
0500503x05011x	632	204	0.32
0500503x02001x	297	198	0.67
0500503x03x1xx	218	193	0.89
0500301xxxxxxx	219	187	0.85
0501701xxxxxxx	486	186	0.38
0500503x97xxxx	308	181	0.59
0500303x040000	806	178	0.22
0500503x03x01x	265	171	0.65
0500303x04001x	716	170	0.24

50 例以上の DPC 群でもっとも冠動脈造影検査回数が多いのは DPC 0500501xxxxxxx（狭心症、慢性虚血性心疾患（検査入院））であり、平均 0.91 回であった。0500503x0201xx（狭心症、慢性虚血性心疾患、冠動脈・大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しない場合）、手術・処置 1 なし、手術・処置 2 あり）、0500801xxxxxxx（弁膜症（検査入院））、0500301xxxxxxx（急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞（検査入院））も検査回数が多い群であった。

本検査も時系列での分析が可能であり、入院から冠動脈造影までの日数、ステント・CABG 後の確認造影の有無についても分析可能である。診療区分 60 では、超音波や内視鏡検査等、

他の生理系の検査については同様な分析が可能である。

検体系の検査については、項目数が多く（今回のデータの出現数 1,407 項目）、まとめ方の工夫を要する段階である。また、医科点数表では、確定診断後の悪性腫瘍マーカは検査料ではなく指導管理料の項目で算定するため、実際の検査数については検討ができない限界がある。

4) まとめ

平成 17 年度の入院データを使用して、DPC ごとの主要な検査・画像診断の種別と投入量を分析する手法を開発した。それぞれの検査によって医科点数表に特徴があるため、ストレートな分析はやや困難であるが、全体の区分ごとの点数だけではなく、検査の回数、使用した薬剤の分析も可能になった。さらにデータは日付情報を持っているので、時系列での分析も可能である。

平成 18 年度データについては、一部の医療機関では外来データの利用も可能であるので、入院前後の外来診療における検査・画像診断の状況についても分析を行う予定である。

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）研究報告書

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
(H16-政策-027)

別冊1-1 DPC別原価推計結果
(特定機能病院以外分)

平成19年3月

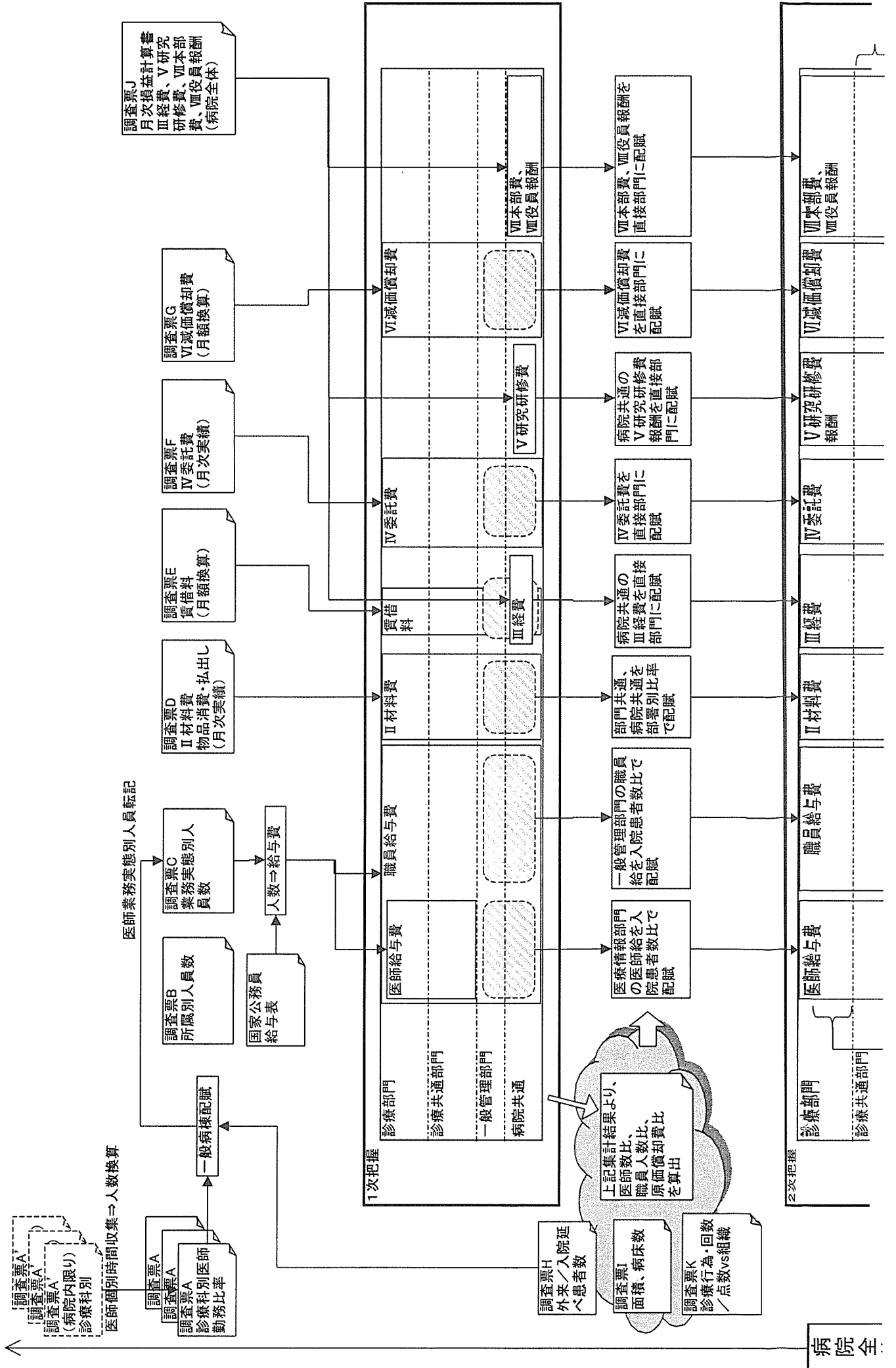
主任研究者 松田 晋哉

【説明】

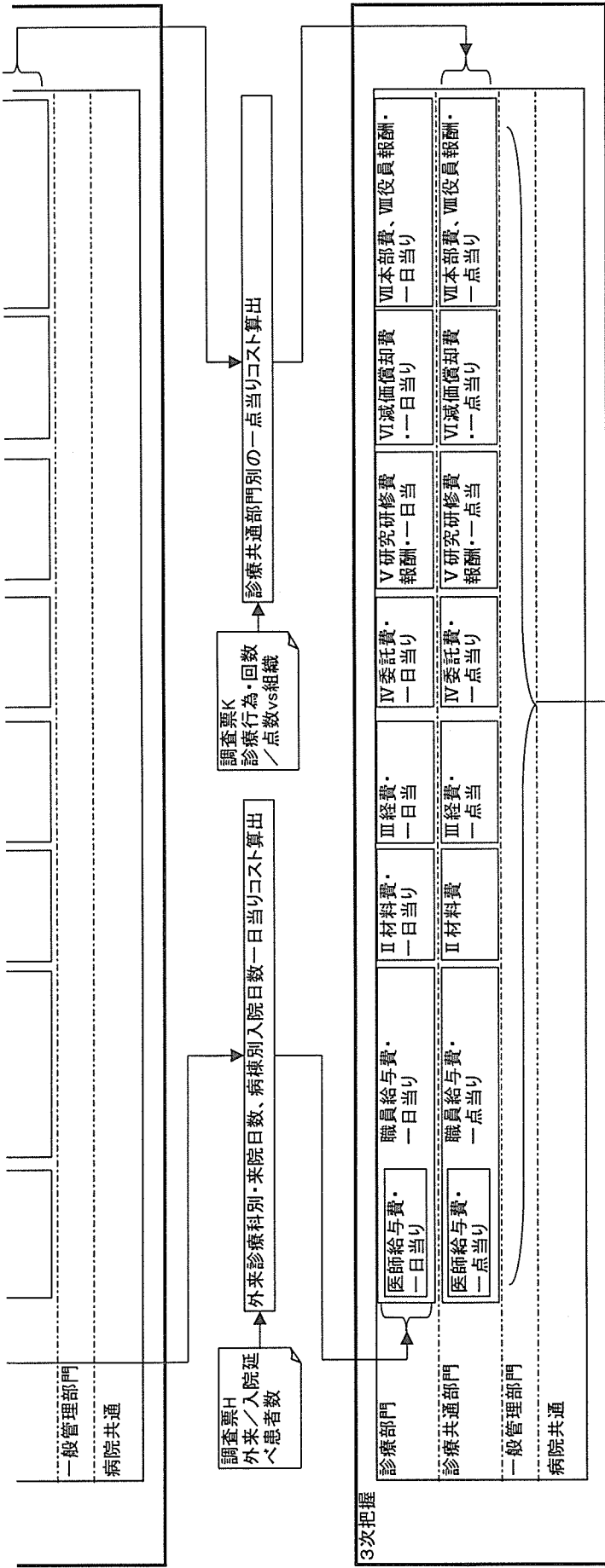
平成 13-15 年度の厚生労働科学研究費補助金「急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究(H13-政策-034)」(以下、DPC 研究)で開発された「標準的原価計算マニュアル」を基に DPC 別の原価推計を試みた。本報告書では「学校法人会計以外分」のマニュアル(次頁以下参照)を適用した 178 施設分について総計で 6 症例以上あった DPC の結果を示す。

なお、分類は平成 16 年度分類、推計値は 1 日あたりの金額(円)で示したものである。

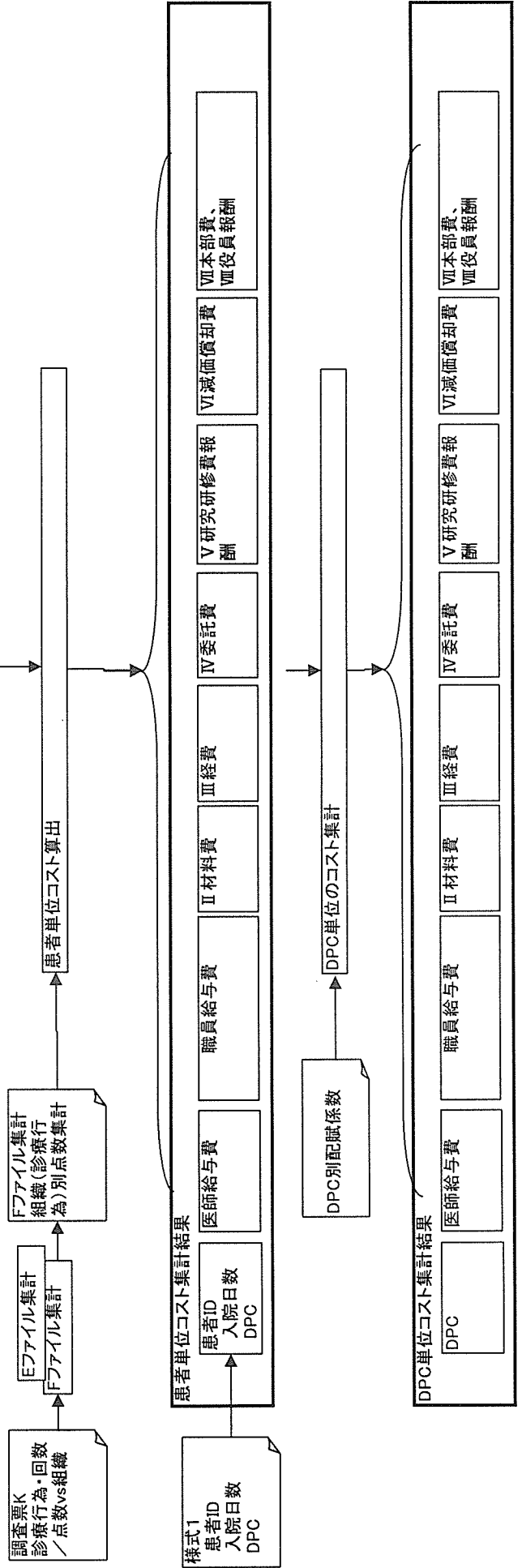
診断群分類別コストデータ収集概要



全体を対象としたコスト計算



DPC対象のコスト



EPAファイルの 欄コード	職種	10年未満	10年以上	部長	診療科 主任	専任 人数	調査票A		調査票B		調査票C		調査票D		調査票E		調査票F			
							専任 人数	非常勤 人数	専任 人数	非常勤 人数	専任 人数	非常勤 人数	専任 人数	非常勤 人数	専任 人数	非常勤 人数	専任 人数	非常勤 人数	専任 人数	非常勤 人数
外科	外科	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	
内科	内科	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任
診療科	診療科	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任
検査科	検査科	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任
放射線科	放射線科	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任
看護部	看護部	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任
事務	事務	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任
その他	その他	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任
合計	合計	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任	専任

部署設定(全体)

■ 各調査票の病棟部署の設定は、病棟はEファイルの病棟コード(E-22)に対応するものとする。

■ 診療共通部門は、調査票Kで選択した集計単位の部署とする。

■ 各調査票の設定部署を統一させる。

■ 以後の調査票に関しても同様とする。

調査票B 所属別人員数

- 調査票Bは医師を含む職員(定員)を把握するための調査票である。(表の中で、常勤・非常勤に分かれている)
- ◆ 調査票Bの「医師・歯科医師」に対する診療部門、診療共通部門の各部署の集計結果は調査票Aの「所属人数」の「合計(人数)」に対応するので、入力不要である。
- ここでは、調査票Aで入力できなかった共通部門、および医療情報部門の各部署に対する医師人員数(定員)を入力する。調査票Aで非常勤医師を分けて集計した場合は調査票Bでも分けて、調査票Aと同様の計算方法で勤務実績別人員を入力する。
- なお、調査票Aの「病院以外の業務(=研究活動・学会活動等)」は、調査票Bの「その他部門合計」(病院部門合計の外側)となる。
 - ◆ 常勤医師以外の職員については、経験差を考慮しない。
 - ◆ 院長等、病院全般を見ている場合は、病院共通に記載する。
 - ◆ 病院共通は、院長室、看護部長室等。
 - ◆ 病院内で複数の部署を兼務している医療技術者や管理・調整部門の事務職は、主となる所属部署に割り付ける。
 - ◆ 医療系の無資格者は技能職とする。保育士も技能職とする。
 - ◆ 常勤ノ非常勤は雇用形態から判断する。アルバイト(臨時職員)は非常勤とする。
 - ◆ 派遣および業務委託の職員は、この調査票Bではなく調査票Fの委託者とする。
- ◆ 事務組織上病院に属していなくても、病院業務上必要とする職員は、本部と同様の扱いにして、調査票上に入力する。

調査票D 材料費

年間金額

(単位:円)

(単位:円)

選択推奨方法:()推奨	診療報酬対象外の薬剤・材料				計
	投薬用薬品	注射用薬品	検査用薬品	その他(消毒薬等)	
外来	循環器内科				
	呼吸器内科				
	...				
病棟	人間ドック外来				
	救急救命センター				
	特定集中治療室				
	新生児特定集中治療室				
	総合周産期特定集中治療室				
	広範凶傷体特定集中治療室				
	緩和ケア病棟				
	回復期リハビリ棟				
	一般病棟1				
	一般病棟2				
	...				
外来共通	人間ドック				
入院共通	入院共通				
診療部門共通	診療部門共通				
診療部門合計	診療部門合計				
中央	X線室				
	CT室				
	MRI室				
	RI室				
	血管造影室				
	その他の画像診断				
中央放射線部	中央放射線部				
検査部	検査部				
病棟検査室	病棟検査室				
一般病棟検査室	一般病棟検査室				
その他検査室	その他検査室				
放射線治療室	放射線治療室				
手術部	手術部				
中央材料部	中央材料部				
輸血部	輸血部				
透析部	透析部				
リハビリ部	リハビリ部				
臨床工学部	臨床工学部				
栄養給食部	栄養給食部				
診療共通部門共通	診療共通部門共通				
診療共通部門合計	診療共通部門合計				
総務部	総務部				
人事部	人事部				
経理部	経理部				
企画経営管理部	企画経営管理部				
庶務部	庶務部				
購買部(物流管理)	購買部(物流管理)				
施設管理部	施設管理部				
臨床情報部	臨床情報部				
医療情報部	医療情報部				
地域医療連携部	地域医療連携部				
一般管理部門共通	一般管理部門共通				
一般管理部門合計	一般管理部門合計				
病院共通	病院共通				
病院部門合計	病院部門合計				
その他部門計	その他部門計				
総合計	総合計				

患者給食材料費は施設全体の利用者や食数により、患者にかかるとする金額のみ入力する。

医療消耗器具備品費とは、①診療用具のうち、注射針、注射筒、コム管、体温計、シヤーレなど1年以内に消費するものの費消額、②診療用具のうち、聴診器、血圧計、鉗子類など減価償却を必要としない1年をこえて使用できるものの費消額、③患者給食用具のうち、食器、ざるなど1年以内に消費するものの費消額、④患者給食用具のうち、食缶、鍋など減価償却を必要としない1年をこえて使用できるものの費消額、⑤半減期が1年内の放射線同位元素の費消額の金額を入力する。
 ■ 医療消耗器具備品費と、後述する調査票Jの「消耗品費」・「消耗器具備品費」と区別して入力する。

診療材料とは「レントゲンフィルム、酸素、ギブス粉、包帯、ガーゼ、縫合糸、氷など1回ごとに消費する診療材料の費消額」の金額を入力する。

第一推奨:1ヶ月(4ヶ月間)の払い出し金額と1年間の払い出し金額双方を入力する。
 第二推奨:1年間の払い出し金額のみを入力する。
 第三推奨:1ヶ月(4ヶ月間)の購入金額と1年間の購入金額双方を入力する。
 第四推奨:1年間の購入金額のみを入力する。

病院の実態によって第一推奨から第四推奨の何れかの方法を選択することが出来るが、どの方法を選択したか調査票Dに入力をする。

調査票D 材料費(診療報酬対象外のみ)
 ■ 調査票Dは診療報酬対象外の薬剤・診療材料、及び医療消耗器具備品・患者給食材料の消費額(払い出し金額など)を把握するための調査票である。
 ■ 診療報酬対象外の薬剤・材料の物品消費(払い出しまたは購入額)については、物流管理の情報等で把握されている部署別の金額(定価ベースまたは定価がない場合は購入価格)を該当欄に入力する。
 ■ コスト計算においては、診療報酬対象の薬剤・診療材料はE/Fファイルより取得するので、調査票Dには診療報酬対象の薬剤・診療材料は含めない。

調査票E 賃借料

—月

単位:円

		Eファイルの 病棟コード	賃借料				計	
		医療用器械備品賃借料	その他の器械備 品賃借料(合計)	その他の器械備 品賃借料	情報システム賃 借料	建物・構築物関連 賃借料	その他の賃借料	
診療部門	外来	循環器内科	記入不要					
		呼吸器内科	記入不要					
		...	記入不要					
		人間ドック外来	記入不要					
	病棟	救急救命センター						
		特定集中治療室						
		新生児特定集中治療室						
		総合周産期特定集中治療室						
		広範囲熱傷特定集中治療室						
		緩和ケア病棟						
		回復期リハ病棟						
		一般病棟1						
		一般病棟2						
		...						
		人間ドック						
	外来共通	記入不要						
	入院共通	記入不要						
	診療部門共通	記入不要						
	診療部門合計	記入不要						
診療共通部門	薬剤部	記入不要						
	中央放射線部	X線室	記入不要					
		CT室	記入不要					
		MRI室	記入不要					
		RI室	記入不要					
		血管造影室	記入不要					
		その他の画像診断	記入不要					
	中央臨床検査部	超音波室	記入不要					
		内視鏡室	記入不要					
		病理検査室	記入不要					
		一般検体検査室	記入不要					
		その他検査室	記入不要					
		放射線治療室	記入不要					
		手術部	記入不要					
		中央材料部	記入不要					
	輸血部	記入不要						
	透析部	記入不要						
	リハビリ部	記入不要						
	臨床工学部	記入不要						
	栄養給食部	記入不要						
	診療共通部門共通	記入不要						
	診療共通部門合計	記入不要						
補一般管理部門	総務部	記入不要						
	人事・労務部	記入不要						
	経理部	記入不要						
	企画経営管理部	記入不要						
	医事部	記入不要						
	購買部(物流管理)	記入不要						
	施設管理部	記入不要						
	医療情報部	記入不要						
	病歴管理部	記入不要						
	医療相談部	記入不要						
	地域医療連携部	記入不要						
	一般管理部門共通	記入不要						
		一般管理部門合計	記入不要					
		病院共通	記入不要					
		病院部門合計	記入不要					
	その他部門計	記入不要						
	総合計	記入不要						

■ 「その他の器械備品賃借料」と「情報システム賃借料」の分別が困難な場合は、「その他の器械備品賃借料」と「情報システム賃借料」を一括して、「その他の器械備品賃借料」とする。可能とする。

■ 「情報システム」とはその器械備品賃借料の中のIT関連器機のことを指す。例としては医事会計システムやオーダーリングシステムなど医療に直接的に関与しない器械備品が該当する。

■ システムの保守費などは「器械保守委託費」に入力する。これは「その他の器械備品賃借料」に一括入力した場合も同様とする。ただし、医療用器械備品賃借料に含まれている場合は、この限りではない。

■ 「医療用器械備品賃借料」は、医療に直接的に関わる器械備品が該当する。

■ 医療用機械器具備品の中に保守費が含まれている場合は、そのシステムの保守費はそのまま医療用機械器具備品賃借料に入力する。

調査票E 賃借料

■ 調査票Eは賃借料を把握するための調査票である。年度予算または、前年度実績を月額換算(12で除す)した結果を入力する。今期に入り昨年と比較して大きな変動があるものについては、今期予算を1/12にするか、前年度実績に当該変動要素を反映するようにして、実態に近い金額にする。

◆ 調査票Eは7月～10月共通とし、月別は不要である。年度の途中で高額医療用機器などの導入やリース料率の変更等で月額が大きく変動する場合は、実績もしくは予算に応じて月別に提出する。

■ 賃借料は、「医療用器械備品賃借料」と「その他の器械備品賃借料」・「情報システム賃借料」、及び「建物・構築物関連賃借料」と「その他の賃借料」の合計5つに分類する。

※ 一括記載可能な費用